Rok XXXVIII. Kraków, 21 Stycznia 1899. Nr. 3.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 81, rue de Saints Pètres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 81, rue de Saints Pères w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 21 Stycznia 1899. Nr. 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie leczenia tężca zapomocą wstrzykiwań zawiesiny mózgowej.

Podał

Dr. H. Schramm,

Docent chir. w Uniwersytecie lwowskim.

Wobec zainteresowania się świata lekarskiego sprawą leczenia tężca zapomocą wstrzykiwań zawiesiny mózgowej i wobec praktycznej doniosłości tego postępowania leczniczego, uważam za rzecz stósowną podać do szerszej wiadomości przypadek, w którym leczenie to zastósowałem z pomyślnym skutkiem. a to tem bardziej, że o ile mi wiadomo, byłby to dopiero drugi w ogóle znany przypadek zastósowania tej metody u człowieka. Pierwszy ogłosił przed niedawnym czasem Krokiewicz w *Nowinach Lekarskich* z ubiegłego roku. Przypadek nasz był następujący:

Dnia 10. grudnia przyniesiono do szpitala św. Zofii dziewczynę 9-letnią, Hanię Zajączkownę, z objawami tężca bardzo wysoko rozwiniętymi; wszystkie mięśnie tułowia i kończyn były w stanie bardzo silnego stałego skurczu tak, że dziecko można podnieść za głowę i nogi, jakby było z drzewa; oddech mozolny, znaczna sinica twarzy; tętno 120. Po upływie kilku minut kurcz trochę się zmniejsza, lecz przy lada podrażnieniu skóry wraca w tym samym stopniu napowrót. Ciepłota ciała, zmierzona po ułożeniu chorej w łóżku na sali, wynosi 37·2. Według opowiadania matki dziecko skaleczyło się przed 8-ma dniami w palec duży u nogi lewej. W 5 dni potem, zatem na trzy dni przed przybyciem do szpitala, zauważono trudności przy otwieraniu ust, a w następnych dniach stan dziecka stale i szybko się pogarszał.

W celu leczniczym zastósowano lewatywę z 2 gramów chloralu. Przez cały dzień prawie bezustannie trwały tężcowe (toniczne) kurcze; ciepłota wieczorem 37·2. Noc była niespokojna, bezsenna.

11/12. Rano ciepłota 37,0. Stan niezmieniony, napady kurczowe bardzo częste, a właściwie nie ustają one prawie nigdy zupełnie, lecz tylko chwilowo kurcz mięśni się zmniejsza. aby za chwilę znów z większem natężeniem powrócić. Dalej stósowano lewatywy z chloralu. Ciepłota wieczorem 37,2.

13/12. Rano ciepłota 37,1. Stan prawie niezmieniony, leczenie to samo.

17/12. Stan przez poprzednie dni prawie ten sam. Napadów kurczowych po 15—20 na dzień; w ostatnim dniu coraz silniejszy tężec tylny (opisthotonus), przyczem dziecko krzyczy z bólu; oddech utrudniony, sinica w czasie napadów bardzo wybitna, odżywianie z powodu szczękościsku bardzo niedostateczne; stósowane lewatywy z chloralu nie wywierają prawie żadnego skutku.

W obec braku podniesienia ciepłoty postanowiono jednak czekać dalej z energiczniejszem leczeniem w nadziei, że przypadek ten, jako tak zwany *tetanus chronicus*, mimo bardzo silnych i długotrwałych skurczów zakończy się przecie pomyślnie.

18/12. Rano ciepłota 37,4; przez cały dzień bardzo częste i silne napady, dziecko słabsze. wieczorem ciepłota 40, tętno 120. Noc, mimo chloralu, niespokojna, prawie bezsenna z powodu ciągłych napadów kurczów.

19/12. Rano ciepłota 37,0, stan ogólny gorszy, osłabienie znaczne, napady kurczowe bardzo częste. Ponieważ wobec takiego stanu rzeczy nadzieja samoistnego ustania tężca coraz się zmniejszała, postanowiłem po naradzie z Dyrektorem Dr. Merczyńskim, zastósować wstrzykiwanie podskórne zawiesiny mózgowej, tem bardziej, że zachęcał nas do tego pomyślnie zakończony przypadek Dra Krokiewicza. W tym celu wyjąłem ze świeżo zabitego młodego królika, z zachowaniem wszelkich możliwych ostrożności aseptyki, większą część mózgu, 8 - 10 grm., a po opłókaniu go w świeżo przegotowanym i ostudzonym rozczynie fizyologicznym soli kuchennej, roztarłem go w wyjałowionym moździerzu porcelanowym z takim samym rozczynem soli dokładnie na zawiesinę, którą w końcu przesączyłem przez złożoną w sześcioro gazę odtłuszczoną, świeżo w rozczynie soli wygotowaną, a pozostałą w gazie resztę jeszcze ostrożnie wycisnąłem. Cała ilość uzyskanej w ten sposób zawiesiny wynosiła około 15 grm. Płynem tym wypełniłem strzykawkę 10-gramową; całą tę ilość, zatem odpowiadającą 5—6 gramom mózgu, wstrzyknięto dziecku pod skórę po lewej stronie klatki piersiowej, naturalnie po dokładnem poprzedniem oczyszczeniu skóry; rankę po wyciągnięciu igły pokryto kawałkiem gazy jodoformowej i zalepiono przylepcem kauczukowym. Wieczorem ciepłota 37,4; noc, mimo że chloralu nie podano, spokojniejsza.

20/12. Rano ciepłota 37,4, tętno 70, chora spokojniejsza, może lepiej otwierać usta, napady mniej częste, mniej silne. Miejsce wstrzyknięcia bardzo mało obrzękłe, mało boleśne. Wieczorem ciepłota 38·2, noc spokojna.

21/12. Ciepłota ranna 37·4. Chora znacznie swobodniejsza, napady mniej silne. Wieczorem ciepłota 37·5 Miejsce wstrzyknięcia bez żadnego zapalnego odczynu, prawie nieboleśne.

22/12. Rano ciepłota 38·0, tętno 100. Napady kurczowe silniejsze, niż były wczoraj; wieczorem ciepłota 37·8, noc niespokojna.

23/12. Wobec ponownego pogorszenia się stanu chorej, zastósowałem po raz drugi wstrzykiwanie zawiesiny mózgowej zupełnie w ten sam sposób, jak poprzednio, z tą tylko różnicą, że całą ilość mózgu, zatem około 10 grm., roztarłem z 12 gramami rozczynu soli kuchennej; po przesączeniu uzyskałem prawie 10 grm. płynu, zatem zawiesina była nieco silniejsza niż poprzednia; ilość tę wstrzyknąłem w prawą stronę klatki piersiowej. Przez dzień napadów mniej, wieczorem ciepłota 37·2, noc spokojna.

24/12. Ciepłota 37·4; chora znacznie swobodniejsza, otwiera usta zupełnie dobrze; napady kurczów znacznie słabsze i rzadsze. Wieczorem ciepłota 37·2.

25/12. Ciepłota 37. Napady kurczowe bardzo rzadkie, 5—6 na dzień i znacznie słabsze; chora swobodnie sama siada na łóżku. Miejsce wstrzyknięcia bez odczynu, mało boleśne.

26/12. Kurcze się nie pojawiają, chora wstała z łóżka o własnych siłach. Miejsce wstrzykiwań nie boleśne.

27/12. Stan zupełnie dobry, żadnych kurczów niema, dziecko czuje się zupełnie dobrze. Miejsce wstrzykiwań zupełnie nieboleśne.

Przypadek ten zasługuje, jak mi się zdaje, pod kilkoma względami na uwagę. Jak już wspomniałem, z energiczniejszem leczeniem czekaliśmy dość długo, aby się przekonać, czy i w tym przypadku, okazującym przebieg przewlekły, sam ustrój dziecka nie potrafi przemódz działania jadu tężcowego. Podupadające jednak coraz bardziej odżywienie, wyczerpanie sił z powodu ciągłych, prawie nieustających kurczów a nadewszystko podniesienie się ciepłoty aż do 40°, wskazywały aż nadto dobitnie, że choroba zaczyna przybierać cechy groźne, że ustrój sam nie zdoła niebezpie-

czeństwa pokonać. Z tem większem prawdopodobieństwem więc możemy przyjąć, że zastósowane leczenie rzeczywiście dziecku pomogło, że wyleczenie nastąpiło nie *post*, lecz *propter* wstrzykiwań zawiesiny mózgowej. Poprawa stanu szybka i bardzo widoczna już po pierwszem wstrzyknięciu, a zupełne ustanie kurczów prawie bezpośrednio po drugiem wstrzykiwaniu było tak uderzające, że mimo wszelkiego sceptycyzmu nie można zaprzeczyć bardzo korzystnego działania tego środka. Jakiegokolwiek szkodliwego wpływu zaś absolutnie nie zauważono. Wstrzyknięta zawiesina ulegała szybko wessaniu, nie wywołując w miejscu wstrzyknięcia prawie żadnego odczynu zapalnego, a tem mniej ropienia, jak to miało miejsce w przypadku, ogłoszonym przez Dra Krokiewicza. Zawdzięczać to mogę, jak sądzę, dwom powodom. Po pierwsze, że do wstrzykiwań użyłem mózgu z młodego królika, a nie mózgu cielęcego. Królik został zabity już po przygotowaniu wszystkich potrzebnych do wstrzykiwań przyrządów; mózg wyjmowałem sam, z wszelkiemi ostrożnościami aseptyki; mógł więc być bez wątpienia i świeższy i czyściejszy, niż mózg z cielęcia, zapewne przyniesiony z rzeźni. Powtóre zawiesinę przesączałem przez gęstą wyjałowioną gazę; uniknięto przez to wstrzyknięcia pod skórę grubszych cząstek mózgu, czemu Dr. Krokiewicz przypisuje powstanie ropni w swym przypadku, choć zdaje mi się, że przy stósowaniu tak swieżego mózgu, jak ja to robiłem, nawet grubsze kawałeczki nie mogły wywołać większego zadrażnienia. Wreszcie stósowanie mózgu króliczego zdaje mi się i dlatego lepsze, że tak po wsiach, jak i w miasteczkach łatwiej o żywego królika, niż o świeży mózg cielęcy, — że więc i dla lekarza łatwiej i poręczniej w danym przypadku ten środek zastósować, — a znane doświadczenia Wassermanna i Takakiego wykazały, że tkanka mózgowa bez różnicy, z jakiego zwierzęcia ciepłokrewnego pochodzi (świnki morskie, króliki, gołębie, psy), posiada własności antytoksyczne dla jadu tężcowego.

Obydwa, dotychczas znane przypadki stósowania wstrzykiwań zawiesiny mozgowej potwierdzają zatem spostrzeżenia, robione na zwierzętach. Wprawdzie oba te przypadki tyczą się więcej łagodnych postaci tężca, czekać więc jeszcze należy, jakie będą wyniki tego postępowania leczniczego przy ostrych gorączkowych postaciach tej choroby; dotychczasowe doświadczenie zachęca bardzo do dalszych prób w tym kierunku. Być nawet bardzo może, że i inne choroby zakaźne objawiające się przeważnie zboczeniami w układzie nerwowym, będą dostępne temu leczeniu. Próbę pod tym względem już robiono, a mianowicie Bornstein[1]) próbował działania zawiesiny z mózgu przy błonicy. Wyniki były wprawdzie ujemne, okazało się, że jad błoniczy nie da się zobojętnić tym sposobem; ale bo też błonica stosunkowo rzadko objawia się zboczeniami w układzie nerwowym, a w każdym razie zmiany te są więcej przewlekłe i polegają na zwyrodnieniu przewlekłem. Natomiast wskazanemby było próbować działania tego środka w innych chorobach, a mianowicie w wodowstręcie, w którym podobnie jak w tężcu objawy ostrego zakażenia układu nerwowego na pierwszy plan się wysuwają.

---

[1]) Bornstein: Über die antitoxischen Eigenschaften des Centralnerven-systems. Centralblatt für Bacteriol. und Parasitenk. XXIII, 14.

II. Z zakładu anatomii patologicznej prof. Dra A. Obrzuta we Lwowie.

Periarteriitis nodosa.

Własny przypadek w połączeniu ze sprawozdaniem z pracy Kahldena

podał

Dr. Józef Krzyszkowski,
asystent Zakładu.

Dnia 29-go listopada 1897 r. wykonałem sekcyę zwłok dwu i pół-miesięcznego dziecka z rozpoznaniem klinicznem: *Scarlatina?*

Co do wywiadów klinicznych, to mogłem uzyskać tylko bardzo skąpe. Ojciec dziecka umysłowo chory; dziecko przywieziono do szpitala z wysypką bez wyraźnego charakteru; wahano się w rozpoznaniu pomiędzy wysypką kiłową a płoniczą (scarlatina variegata). Przez czas pobytu w szpitalu od 18-go do 28-go listopada gorączka dochodziła do 40° C.; ostatniego dnia ciepłota spadła, wystąpiła bladość powłok, a w nocy nastąpiła nagła śmierć. W czasie trwania choroby zauważono parę razy lekkie przemijające obrzęki kończyn i powiek.

Wyciąg z protokółu sekcyjnego: Budowa i odżywienie dobre, skóra blada bez śladów łuszczenia, obrzęków brak, migdałki i łuki podniebienne prawidłowe; serce wielkości odpowiedniej, w skurczu, tętnice wieńcowe rozszerzone, niejako wypchane, wypuklają się znacznie po pod osierdziem i przebiegają lekko pokręcone. Tętnica przodkowa wraz z swemi grubszemi rozgałęzieniami w całym przebiegu zgrubiała; tętnica tylna zajęta wybitnie w swej części górnej, mniej w dolnej. Zgrubienie to mniej więcej wszędzie równomierne odpowiada co najmniej grubości tętnicy wieńcowej dorosłego człowieka; w kilku miejscach widoczne są guziczki białawe, wielkości prosa, o obrysach zatartych, nieco wystające, a ułożone tuż obok ściany naczynia. Ściana tętnicy na przekroju okazuje jednolite zgrubienie, światło jej zaś jest wypełnione uwarstwionymi skrzepami krwi, białawymi lub jednolicie czerwonymi. Początek odejścia tętnic wieńcowych od głównej — prawidłowy. Osierdzie i śródsierdzie prawidłowe, również i mięsień, z wyjątkiem niedokrewności. W innych tętnicach zmian nie zauważyłem. Śledziona na przekroju okazuje liczne i wybitne mieszki (foliknły) — i jest krucha. Nerki wiotsze, a na powierzchni istoty korowej i w jej miąższu są liczne wybroczyny.

Rozpoznanie: *Periarteriitis nodosa ac thrombosis arteriarum coronarium cordis. Anaemia myocardii. Bronchitis ac atelectasis pulmonum lobularis. Tumor lienis follicularis acutus. Nephritis parenchymatosa haemorrhagica. Enteritis follicularis chronica.* — Nadmienić muszę, że w pierwszym rzędzie myślałem tu o kile i w tym kierunku bardzo dokładnie zbadałem zwłoki, lecz z wynikiem ujemnym.

Zachęcony przez mego szefa, prof. Obrzuta, i mając na względzie zdanie Kahldena, że „liczba spostrzeżeń co do tej zmiany jest małą, a zapatrywania na etyologię i histologię są podzielone i że należy każdy przypadek sekcyjny i każde badanie histologiczne ogłosić“, ogłaszam i mój przy-

padek, a zarazem dołączam krótki wyciąg z pracy Kahldena „Ueber Periarteriitis nodosa“ [1]).

W mem sprawozdaniu z pracy Kahldena zwrócę uwagę i na kliniczny przebieg. Sądzę bowiem, że zaznajomienie z nim, choćby pobieżne, może przez wczesnej zwrócenie uwagi i dokładne badanie bakteryologiczne chorego przyczynić się w znacznym stopniu do wyświetlenia tej, ze wszech miar interesującej sprawy.

W r. 1866 Kussmaul i Maier opisali po raz pierwszy nieznaną dotychczas chorobę u 27-letniego mężczyzny. Wystąpiła ona nagle wśród dreszczów i gorączki. W czasie trwania spostrzegano cierpnięcia palców, zmiany w czuciu, bóle w krzyżach i obu podżebrzach, a wejrzenie chorego było blednicze. W czwartym tygodniu można było wyczuć na brzuchu i klatce piersiowej liczne twarde guzki. Śmierć nastąpiła wśród objawów mocznicy. Sekcya wykazała na tętnicach wszystkich prawie narządów liczne guzki i tętniakowate rozszerzenia. Głównie zajęte były naczynia krezkowe, wieńcowe serca i mięśniowe; tętnice zaś mózgowo-rdzeniowe i mięśni twarzy były wolne. Drobnowid wykazał bujanie komórek w błonie mięsnej i zewnętrznej, błona zaś wewnętrzna (intima) już to była wolna, już to następowo zajęta.

W roku 1877 Chvostek i Weichselbaum spostrzegali u 23-letniego mężczyzny, u którego za życia przeważały objawy mózgowe, podobny przypadek. Sekcya wykazała tętniak tętnicy głębokiej mózgu (profunda cerebri) o średnicy 2 ctm. i liczne, jednak mniej liczne niż guzki w przypadku poprzednim, tętniaki wszystkich tętnic cieńszych ustroju. Weichselbaum uważa tę sprawę chorobową za wychodzącą stanowczo z śródbłonków, które nadmiernie bujając, przerastają ścianę naczynia i przybierają najrozmaitsze kształty. Mięśnie gładkie nie okazują zwyrodnienia, lecz znikają pod wpływem drobnych krągłych komórek, które Weichselbaum uważa nie za leukocyty, lecz za komórki pochodzące z śródbłonka, lub z błony zewnętrznej naczynia. Tętniakowate rozszerzenia uważa Weichselbaum za sprawę następową, a wykluczając inne możliwe przyczyny, uważa kiłę za główny powód zmian chorobowych, jakkolwiek żadnych wywiadowczych lub histologicznych podstaw do tego nie posiada. —

P. Meyer opisuje przypadek, który wystąpił u 24-letniego mężczyzny, w rok po zakażeniu kiłą, w czasie, gdy objawy zakażenia już ustąpiły. Przebieg kliniczny jak i trwanie choroby były zupełnie podobne do obu poprzednich przypadków. Na tętnicach zgrubienia i tętniakowate rozszerzenia. Autor na podstawie badań drobnowidowych przychodzi do przekonania, że pierwsze zmiany cechują się pęknięciem błony średniej naczynia, a obfite nacieki drobnokomórkowe w ścianie i około naczynia są wyemigrowanemi ciałkami krwi. Nie odnosi też całej sprawy do zakażenia kiłowego, lecz do zmian w parciu krwi, wywołanych nadużyciami, które, przy wrodzonej lub nabytej złymi warunkami życia kruchości błony mięsnej, wywołały jej pęknięcie.

Eppinger, badając tętnice wieńcowe 10-letniej dziewczyny i tętnice krezkowe 23-letniego mężczyzny (który po 12 dniach choroby zmarł na czerwonkę) dotknięte licznymi tętniakowatemi, ściśle ograniczonemi rozszerzeniami, doszedł do następujących wyników: błony sprężysta i mięśniowa (elastica et muscularis) w miejscu tętniaka nie istnieją, — są przedarte. Ściana tętniaka składa się z wybujałej błony wewnętrznej (intimy) i przylegającej do niej, tkanką ziarninową przerosłej błony zewnętrznej. Ściany naczyń niezajętych prawidłowe. Za powód zmiany chorobowej uważa E. wrodzoną wątłość (debilitas) błony sprężystej i następowe jej rozdarcie. Eppinger badał okazy muzealne, dla tego też nie podaje bliższych danych o przebiegu klinicznym, oraz o zmianach w innych narządach.

Następne dwa przypadki, sekcyonowane przez Kahldena, dotyczą kobiet starszych, u których kiła z całą stanowczością jest wykluczona; oba badane klinicznie, przedstawiały te same objawy: znaczne osłabienie, chera blednicza, bóle cechujace, głównie w podżebrzach, arytmia, — tętno 140, wobec stanu bezgorączkowego. To ostatnie podnosi Kahlden jako bardzo cechujący objaw kliniczny. Trwanie choroby, jak i we wszystkich poprzednich przypadkach, 4 — 8 — 12 tygodni. Pierwszy przypadek dotyczył kobiety 49-letniej, opisany został przez Dra Morley-Fletchera, a wynik badania drobnowidowego zgadza się zupełnie z zapatrywaniami Weichselbauma. Drugi dotyczy kobiety lat 52, a opisany wyczerpująco przez Kahldena w r. 1893. W obu przypadkach wszystkie tętnice, z wyjątkiem mózgowo-rdzeniowych, tętnicy płucnej i tętnic mięśni twarzy, były zajęte guzkowatemi zgrubieniami. Szczególnie wybitne są te zmiany w tętnicach wieńcowych i nerkowych, w którym to narządzie przyszło do licznych zawałów (infarktów) i zakrzepów w naczyniach włosowatych. Guzki na naczyniach krezkowych spowodowały, obok licznych wynaczynień i owrzodzeń błony śluzowej jelita, zresztą w każdym przypadku spotykanych, jeszcze wybroczynę do jamy brzusznej. Skrzepy krwi przylegały do sieci wielkiej i krezki, a pochodziły z zaczopowanych naczyniek w okolicy guzków. Tętniakowatych rozszerzeń nigdzie nie było. Ostateczny wynik badań drobnowidowych Kahldena jest następujący:

„Pierwotną zmianą przy tak nazwanej *Periarteriitis nodosa* jest bujanie środbłonków. Masy śródbłonka, bujając, przebijają w wielu miejscach błonę sprężystą i błonę mięsną; w tym okresie przybierają one zwykle cechę tkanki śluzakowatej o komórkach gwiazdkowatych z długiemi wypustkami. W trakcie tego bujania resztki błony sprężystej przez rozmięknienie i obumarcie znikają, pojedyńcze pęczki włókien mięsnych mogą się jeszcze dłuższy czas utrzymać, ostatecznie jednak i one wśród owej wybujałej, a pochodzącej z śródbłonka tkanki, nikną. Równocześnie z tą, na wewnętrznej ścianie naczynia toczącą się sprawą, przychodzi do bardzo obfitego nacieczenia błony zewnętrznej tętnicy komórkami krągłemi, wśród których jednojądrzaste przeważają“. Przez ten naciek doznaje błona zewnętrzna znacznego 6 — 8 — 10-krotnego zgrubienia bujanie zaś śródbłonka zwęża mniej lub więcej światło naczynia. Według Kahldena zmiany w błonie wewnętrznej „scheinen um ein Geringes früher aufzutreten“. Uważając zaś wszystkie poprzód opisane przypadki za analogiczne, uważa Kahlden spotykane tam szerzenie za zmianę następową, do której w jego przypadku nie przyszło. Rozsuwanie pojedynczych pierwiastków przez wnikające komórki uważa Kahlden za zmianę główną i pier-

[1]) Ziegler's Beiträge. Bd. XV. Heft 3.

wotną i zbija zapatrywania Eppingera co do wrodzonej wątłości błony sprężystej, oraz zdanie Meyera, co do pęknięcia błony mięsnej.

(Ciąg dalszy nastąpi),

III. O gośćcowych cierpieniach gardła, krtani i nosa.

Napisał

Dr. Jan Sędziak (Warszawa).

(Odczyt ten miał być wygłoszony na VIII Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu).

(Dokończenie. Patrz Nr. 1).

O wiele rzadziej spotykamy się z gośćcowem zapaleniem krtani (laryngitis rheumatica).

W literaturze niewiele dotąd istnieje spostrzeżeń tego rodzaju. I tak, pierwszą, jeśli się nie mylę, wzmiankę o tem cierpieniu uczynił Schech[75]) z Monachium w r. 1882—3 (2 przyp. porażeń krtaniowych gośćcowego pochodzenia, oraz 1 przyp. Gesseniusa[76]) porażenia rozszerzaczy głośni). Są to tak zw. przez Lermoyeza[77]) „nevrites recurrentielles rhumatismales indirectes“.

Nieco później, gdyż w r. 1886, we Francyi Raymond Archambault[78]) obrał ten przedmiot za temat do dysertacyi. Między innymi autor ten wspomina o następującym przypadku: 31-letnia chora zapadła na gościec stawowy ostry, oraz zapalenie wsierdzia i osierdzia. Nagle wystąpiły bóle przy połykaniu i duszność, wymagająca natychmiastowej tracheotomii. Prócz tego przytacza 2 przyp. obrzęku krtani pochodzenia gośćcowego (Joela i Couparda).

Jednocześnie w Hiszpanii Ramon de la Sota ogłosił przypadek pierwotnego zapalenia w stawie obrączkowo-nalewkowym po zaziębieniu. Przypadek ten według wszelkiego prawdopodobieństwa należy zaliczyć do kategoryi cierpień gośćcowych. Również mniej więcej w tym czasie opisał o tej sprawie chorobowej Fletscher Ingals, oraz Max Thorner (1888 r.), który pod nazwą „rheumatic sore throat“ rozumie i zajęcie krtani. Dalej tu się odnoszą trzy przypadki Masseiego[79]) (1889 r.) porażeń krtani pierwotnych, tak zw. przez Lermoyeza „nevrites recurrentielles rhumatismales directes“. W dalszym ciągu w r. 1891 Lacoarret[99]) wspomina, że ostre zapalenie stawów obrączkowo-nalewkowych może być i gośćcowego pochodzenia. W tym roku Ehrmann opisał przypadek gośćcowego porażenia strun głosowych, oraz Laranza[80]) jednocześnie przypadek gośćcowego zajęcia mięśni krtaniowych. Tu się odnoszą jeszcze 5 przyp. Hutchinsona[81]) i jeden przyp. Boulaya, oraz Knighta[82]), zaliczone przez Lermoyeza również do „nevrites recurrentielles rhumatismales directes“.

W roku 1892 Grünwald[83]) z Monachium w pracy *Ueber primäre Entzündungen im und am Crico-arytänoidalgelenk*, podaje 5 przyp. tak zw. „Synovitis crico-arytaenoidea acuta rheumatica“. Znamiennemi cechami tego cierpienia mają być według tego autora. 1) specyalnie nieprzyjemne uczucie, zwłaszcza przy łykaniu z jednej lub obu stron szyi, bądź w okolicy kąta szczęki, bądź kości gnykowej, bądź wreszcie migdałów; 2) uczucie to występuje przy ucisku na okolicę stawu obrączkowo-nalewkowego strony odpowiedniej, przyczem — 3) zwykle daje się uczuwać, a niekiedy nawet usłyszeć lekkie trzeszczenie (crepitatio) i to tylko w tem miejscu; 4) wzmożenie *resp.* występowanie tego uczucia przykrego jedynie w leżącem położeniu, zwłaszcza przy jednoczesnem połykaniu; 5) ruchy ku wewnątrz odpowiedniej chrząstki nalewkowej, widzialne w obrazie laryngoskopowym podczas ucisku od zewnątrz na powyższy punkt, wreszcie — 6) ograniczona tkliwość (bolesność) okolicy stawowej przy dotykaniu zgłębnikiem od strony przełyku.

Przypadki te, przedstawiające typowy obraz chorobowy, uwzględniając ich szybki przebieg, dalej czynnik etyologiczny (zaziębienie), wreszcie łatwość nawrotu wskutek nowych bodźców chorobowych, skłonnym jest autor uważać za gośćcowe.

W tymże (1892) roku Goris[84]) opisał przypadek gośćca mięśniowego krtani (porażenie rozwieraczy głośni). W przypadku tym była wykonana tracheotomia, poczem nastąpiło wyleczenie.

W roku 1893 Compaired[85]) z Madrytu ogłosił trzy przypadki gośćcowego zajęcia krtani: w jednym z nich była gorączka i zajęcie innych stawów. Z objawów krtaniowych autor spostrzegał: chrypkę i ból przy mówieniu, łykaniu, oraz dotykaniu zewnętrznem okolicy krtani. Przy badaniu laryngoskopowem okolica chrząstek nalewkowych była mocno obrzmiałą, przyczem ruchy strun głosowych były upośledzone. W przypadkach tych duże dawki przetworów salicylowych usunęły szybko objawy krtaniowe.

W tymże roku Simanowski[86]) z Petersburga również opisał 3 przypadki gośćcowego zapalenia stawów obrączkowo-nalewkowych. We wszystkich zajęte były również i inne stawy. Raz jeden pierwotnie zajętą była krtań. Również raz jeden zajęcie było obustronne. Z objawów stale spostrzegano chrypkę, niemożność połykania (dysphagia) i ból przy zewnętrznem obmacywaniu okolicy krtani. Przy badaniu zwierciadełkiem krtaniowem znaleziono: obrzęk okolicy chrząstek nalewkowych i słabą ruchomość strun głosowych.

Również w r. 1893 Schmigelow z Kopenhagi, przytoczony w pracy Newcombra „The laryngeal manifestations of Rheumatism“, spostrzegał porażenia strun głosowych pochodzenia gośćcowego. Thorner zaś poraz drugi zabierał głos w powyższej sprawie. W roku 1894 George Meyer[87]) z Berlina ogłosił przypadek, odnoszący się do 49-letniego chorego, którego 5-letni syn również był dotkniętym tąż samą chorobą. t. j. ostrym gośćcem stawowym. Chory ten jednocześnie cierpiał na zajęcie stawu obrączkowo-nalewkowego (dotkliwe bóle przy łykaniu, duszność), wskutek którego o mało, że nie doszło do tracheotomii. W tymże roku opisał de Hav-Hall w swoim podręczniku chorób nosa i gardła dwa przypadki zajęcia stawów obrączkowo-nalewkowych (*positio cadaverica* struny głosowej) pochodzenia gośćcowego. Sądzi on, że w braku zajęcia innych stawów rozpoznanie może być trudnem. Garrod w swojem „a treatease on Rheumatism“ przytacza 3 odnośne przypadki (śmiertelny Schützenbergera i 2 Hirscha). W przytoczonej już pracy Freudenthala z New Yorku z roku 1895 znajdujemy parę przypadków gośćcowych cierpień krtani. Autor ten, wbrew twierdzeniu M. Mackenziego, nie tylko przyjmuje to cierpienie, lecz nawet uważa je za stosunkowo częste, zgadzając się w tem z Archambaultem, oraz de Hav-Hallem.

Sądzi on, że u pewnych osobników z usposobieniem

gośćcowem zapalenie krtani może być w wielu razach tygodnie całe, a nawet miesiące, jedynym objawem gośćca i jako zwykłe zapalenie krtani bezskutecznie może być leczone miejscowymi środkami, podczas gdy wewnętrzne użycie przetworów salicylowych usunęłoby wkrótce to cierpienie. Jako ilustracyę powyższego autor ten przytacza z własnej praktyki następujące przypadki: 1) 50-letni chory przed 5 laty leczył się u autora na bardzo uporczywe zapalenie krtani, jednocześnie zaś cierpiał na gościec stawowy i mięśniowy. Przed 2 laty znowu zapadł na ostry gościec stawowy, który się odtąd powtarzał często zawsze z zajęciem krtani (laryngitis). Leczenie miejscowe pozostawało bez skutku, natomiast szybko nastąpiło wyleczenie po wewnętrznem użyciu salolu. Przypadek 2-gi dotyczył 31-letniej chorej, która po silnem zaziębieniu dostała dreszczów, bólów w całem ciele, chrypki i bólu gardła. Przy badaniu laryngoskopowem krtani autor stwierdził zaczerwienienie błony śluz. krtani, oraz zupełną nieruchomość lewej struny głosowej. Wewnętrzne narządy były zdrowe. Przypuszczając gośćcowe pochodzenie cierpienia krtaniowego, autor zalecił do zażywania salicylan sodowy. Po 6 dniach bez leczenia miejscowego nastąpiło wyzdrowienie. Przypadek 3-ci dotyczył 17-letniej panny, która od kilku tygodni cierpiała na bóle w lewej połowie krtani. Badanie laryngoskopowe nie wykazało żadnych zmian. W 2 miesiące potem, przy stale istniejących bólach, autor znalazł obrzmienie w okolicy lewej chrząstki nalewkowej; ruchy lewej połowy krtani, *resp.* lewej struny głosowej, o wiele mniej swobodne. Bezgłos (aphonia). Wewnętrzne narządy zdrowe. W kilka miesięcy potem zapadła ona na silny ostry gościec stawowy (już poprzednio parokrotnie miewała napady gośćcowe). Pomimo stósowania przetworów salicylowych powrót do zdrowia następował powoli i dopiero po nadejściu ciepłej pory bóle i wogóle zmiany w krtani ustąpiły. Prócz tego autor ten wspomina o zajęciu krtani w przebiegu przewlekłego gośćca stawowego (przypadki Harrison Allena, Hinkela, oraz swoje), zaliczając je jednak do cierpień pochodzenia dnawego (podagrycznego), oraz lithaemicznego.

W roku 1896 Knight ogłosił przypadek porażenia prawej struny głosowej gośćcowego pochodzenia; po 9 latach nastąpiło porażenie lewej struny takiegoż pochodzenia.

W tymże roku ogłosiłem w *Gazecie lekarskiej*[88]) przypadek zapalenia stawów obrączkowo-nalewkowych gośćcowego pochodzenia (arthritis crico-arytaenoidea rheumatica): 18-letnia chora uległa przed 3 tygodniami przedwczesnemu porodowi. Na parę dni przedtem nagle wystąpiła gorączka, chrypka, bóle gardła, oraz stawów (przeważnie w łokciowym lewym). Przy badaniu laryngoskopowem znalazłem okolice obu chrząstek nalewkowych mocno zaczerwienione i obrzmiałe; ruchomość obu połów krtani prawie zniesiona, szpara głosowa minimalna, duszność. Zewnętrzne dotykanie okolicy stawów obrączkowo-nalewkowych boleśne. Salipyrina, następnie salicylan sodowy, miejscowo pulweryzacya z roztworu kokainy. Po 2 tygodniach wszystkie objawy ze strony krtani, tak podmiotowe, jakoteż i przedmiotowe ustąpiły, natomiast zajęcie jednego stawu ustąpiło w zupełności dopiero po odbytem leczeniu w Ciechocinku.

W roku 1897 Prof. Uchermann[85]) z Christyanii odczytał na Zjeździe międzynarodowym w Moskwie pracę pod tyt.: „Laryngitis acuta rheumatica circumscripta (nodosa)", w której przytacza 2 przypadki zajęcia krtani pod postacią ograniczonych, bardzo bolesnych, czerwonawych, dość twardych nacieczeń w blizkości, lub pod stawem obrączkowo-nalewkowym z zrośnięciem rzekomem (pseudoankyloza), oraz nieruchomością odpowiedniej struny. Sądzi on, że wiele tak zw. gośćcowych porażeń nerwu krtaniowego dolnego jest pozostałością po tych zmianach. Odczyt ten wywołał wkrótce potem uzupełnienia, najpierw ze strony Goldscheidera[90]), który wspomina o analogicznym przypadku, spostrzeganym w roku 1894 w klinice Leydena (przypadek ten był następnie opisany przez Schleudera w jego dysertacyi: „Ueber Oedema laryngis bei Polyarthritis rheumatica acuta" 1895). Hirsch[91]) zaś dowodzi, że Gerhardt już przed laty 24 opisał 2 przypadki analogiczne do Uchermannowskich. Sam zaś w roku 1886 (Zur Statistik des acuten Gelenkrheumatismen) podał, że w klinice Würzburgskiej, w latach 1876 do 1884, 3% przypadków gośca stawowego było powikłanych tego rodzaju zajęciem krtani.

Wreszcie w roku 1898 w pracy mojej[92]) p. t.: „O ropnem zapaleniu migdałków podniebiennych, oraz językowego, ze szczególnem uwzględnieniem ropni okołomigdałkowych", podałem między innymi przypadek, w którym również zajętym był staw obrączkowo-nalewkowy lewy, prawdopodobnie przyrody gośćcowej, sądząc z szybkiego ustąpienia tych zmian po wewnętrznem użyciu salicylanu sodu. O przypadku tym po części już wzmiankowałem w 1-ej części niniejszej pracy. Ostatni wreszcie przypadek spostrzegałem w ostatnich czasach w praktyce lecznicowej: 20 kilkoletnia chora skarżyła się na bóle w okolicy krtani, trwające od kilku dni, jakoteż na bóle w stawach kolanowych. Zapomocą zwierciadełka stwierdziłem zajęcie stawu obrączkowo-nalewkowego lewego (obrzęk i zaczerwienienie okolicy lewej chrząstki nalewkowej, zmniejszona znacznie ruchomość lewej struny głosowej). Zewnętrzne badanie krtani (palpatio) b. boleśne. Salicylan sodowy, użyty wewnętrznie, sprowadził po kilku dniach wyzdrowienie bez miejscowego leczenia.

Oto jest wszystko, co w sprawie cierpień gośćcowych krtani dotąd jest wiadomo.

Widzimy zatem, że cierpienia te mogą być najrozmaitszej przyrody, począwszy od zwykłego zapalenia krtani (laryngitis acuta simplex), oraz jego odmiany: „laryngitis acuta rheumatica circumscripta v. nodosa (Uchermann)«, a skończywszy na porażeniach krtani *resp.* strun głosowych, bądź samoistnych (nevrites recurrentielles rhumatismales-Lermoyez), bądź też następowych, wskutek zapalnego zajęcia stawów obrączkowo-nalewkowych (perichondritis arytaenoidea-arthritis crico-arytaenoidea rheumatica). Przytem zajęcie krtani gośćcowego pochodzenia może wikłać sprawą ogólną gośćcową i wtedy rozpoznanie jest łatwem. Niekiedy jednak dopiero dłuższe spostrzeganie, oraz leczniczy wpływ przetworów salicylowych pozwala na właściwe rozpoznanie zajęcia gośćcowego krtani, które w wielu razach na mniej lub więcej znaczny czas poprzedza występowanie tej sprawy w stawach kończyn.

I tu podobnie, jak przy zajęciu gardła, wszystko, co powyżej powiedziano odnośnie do ostrego gośćca stawowego, odnosi się *mutatis mutandis* i do gośćca mięśniowego, jak to między innymi stwierdza spostrzegany przezemnie przypadek, o którym powyżej wspomniałem (ropień okołomigdałkowy tylny, zajęcie stawu obrączkowo-nalewkowego lewego, ostry gościec mięśniowy)

Pozostaje nam rozpatrzeć się w zajęciu jam nosowych, zatok bocznych nosa, oraz jamy nosogardłowej w ostrym gośćcu stawowym.

Z góry uprzedzam, że dotąd w tym kierunku posiadamy bardzo skąpe dane. Jakkolwiek już oddawna istnieją w literaturze luźne wzmianki o gośćcowem pochodzeniu pewnych cierpień nosowych (Grenham np. w r. 1880 spostrzegał 7 razy na 50 przyp. krwawienie z nosa w przebiegu ostrego gośca stawowego; toż samo Shaw[93]), to jednak dopiero w r. 1895 pierwszy Freudenthal, w wielokrotnie już przytaczanej pracy, zajął się szczegółowiej tą sprawą. Słusznie, zdaniem mojem, zwraca autor ten uwagę na to, że jeżeli przyjmujemy gośćcowe pochodzenie zajęcia gardła, oraz krtani, to dla czego nie moglibyśmy tego zapatrywania odnieść i do pewnych cierpień nosa? Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że pewną część ostrych nieżytów nosa pochodzenia *a frigore* — rzekomo z przeziębienia, należy położyć na karb gośćca. Toż samo się tyczy ostrego zajęcia zatok bocznych nosa, przy którem obok objawów miejscowych bardzo często chorzy skarżą się na ogólne znużenie bolesne, bóle w stawach, mięśniach, kościach etc. Tem się prawdopodobnie tłómaczy działanie lecznicze, jakie w tych razach spostrzegamy po zastósowaniu przetworów salicylowych (salicylan sodowy, salol, salipyrina).

Freudenthal spostrzegał również zajęcie jam nosowych przyrody gośćcowej przy przewlekłym gośćcu stawowym. Wogóle autor ten dzieli gośćcowe cierpienia nosa na 2 główne gromady: 1) ze zmianami przedmiotowemi (obrzmienie muszel, nie poddające się leczeniu etc.). oraz 2) bez tych zmian, gdzie więc gośćcowy charakter cierpienia nosowego został wykryty *ex juvantibus*. Obie gromady ilustruje autor spostrzeżeniami, zaczerpniętemi z własnej praktyki.

Pierwszej kategoryi cierpień opisuje Freudenthal dwa przypadki: I) chora 55-letnia cierpi na przewlekły gośćiec stawowy z nasileniami; w czasie jednego z nich dostała silnego nieżytu nosa z zupełnem zatkaniem jam nosowych, bólami w głowie i nosie. Nos na dotyk b. bolesny, toż samo przy wprowadzaniu nosowego zwierciadełka, bez wszelkich jednakże zmian w otworach nosowych, któreby ten objaw tłómaczyć mogły. Natomiast muszle nosowe (dolne i średnie) były mocno obrzmiałe, przyczem obrzęk nie ustępował po zapędzlowaniu 10$^0/_0$ kokainą. Stan taki trwał około 3 tygodnie, poczem dopiero z ustąpieniem zajęcia stawów ustąpiły i wszystkie objawy ze strony nosa.

Po roku powtórzyło się to samo cierpienie: znowu świeże zajęcie stawów i nosa, które trwało tym razem dwa tygodnie.

II) Drugi przypadek dotyczył 41-letniego chorego, również z zastarzałym gośćcem. Podczas jednego ze świeżych napadów wystąpiły bóle z lewej strony nosa. Znaczny obrzęk muszli lewej dolnej (przylega do przegrody nosa), a badanie zgłębnikiem wykazało znaczną jego zbitość. Kokaina pozostała bez wpływu. Po 3 tygod. przy ogólnem leczeniu (salol, parówki) nastąpiło wyzdrowienie. Po 5 tygodniach choroba powróciła z analogicznem zajęciem tej samej (lewej) połowy nosa. Ten sam był wpływ i skutek leczenia ogólnego.

Druga kategorya gośćcowych cierpień nosa (bez zmian przedmiotowych) jest częstszą. Autor przytacza 3 tego rodzaju przypadki:

I) 22-letnia chora skarżyła się na ból w nosie, trwający od lat dwóch. Cierpi ona od dziecka na gościec stawowy. W nosie przy szczegółowem badaniu nie wykryto żadnych zmian przedmiotowych. Salicylan sodowy usunął ból nosa na czas jakiś, poczem występowały częste nawroty, zawsze skutecznie leczone tym środkiem.

II) Przypadek dotyczył 65-letniej chorej, która od 9 miesięcy cierpi na bóle w nosie. Od dawna doznaje bólów gośćcowych w stawach. W nosie niema zmian. Salol wewnętrznie zastósowany (6,0 dziennie) usunął bóle nosowe.

III) Chory 19-letni doświadcza od 5 miesięcy bólów w nosie bez zmian widocznych w jamach nosowych. Wystąpiło suche zapalenie opłucnej (pleuritis sicca). Podano salicylan sodowy w dużych dawkach (8,0 dziennie). Po 3 tyg. nastąpiło wyzdrowienie.

Analogiczny przypadek miałem sposobność spostrzegać w praktyce prywatnej przed paru laty: 20-kilkoletnia chora skarżyła się na dokuczliwe bóle w nosie w okolicy zatok czołowych, trwające od kilku miesięcy. Badanie jam nosowych wziernikiem dało wynik bezwzględnie ujemny, toż samo prześwietlanie zatok bocznych nosa (Highmora i czołowych). Wszelkie dotychczasowe leczenie powstało bez skutku. Dopiero wywiady (przebyty gościec stawowy, od czasu do czasu powracający), dostarczyły wskazówek do rozpoznania przyrody cierpienia nosowego. I rzeczywiście przetwory salicylowe, oraz kąpiele słone usunęły uporczywe to cierpienie.

Od tego czasu miałem sposobność spostrzegać jeszcze dwa inne przypadki analogiczne z wyżej opisanym, w których również salicylan sodowy, *resp.* salol, okazał się skutecznym. Również w ostatnich czasach spostrzegałem przypadek, który kwalifikuje się do 1-szej gromady Freudenthala: 22-letnia chora zapadła od kilku dni na ostry gościec stawowy jednocześnie z ostrem zapaleniem bł. śluzowej gardła i nosa. W nosie stwierdzono obrzęk znaczny i zaczerwienienie dolnych muszel; nos na dotyk bardzo tkliwy, zwłaszcza w okolicach skrzydeł nosa. Bez leczenia miejscowego, przy zastósowaniu jedynie wewnętrznem salicylanu sodowego, szybko ustąpiły wszystkie objawy zarówno podmiotowe (ból nosa, bolesne łykanie), jak i przedmiotowe (obrzęk muszel, zajęcie gardła), wraz z ustąpieniem bólów stawowych.

Z innych autorów de Hav-Hall[94]) wspomina o przypadku zapalenia migdałków torebkowego (tonsillitis follicularis) w jamie nosogardłowej pochodzenia gośćcowego. Autor ten czyni występujące w przebiegu ostrego gośćca stawowego krwawienia nosowe zależnemi od przyjmowania do wewnątrz salicylanu sodowego.

Wreszcie należy mi wspomnieć, że ostatnimi czasy Uchermann spostrzegał w nosie zmiany analogiczne do opisanych przez niego w krtani, mianowicie na chrząstkowej przegrodzie widywał ten autor jednostronne, zwykle ograniczone nacieczenia (rhinitis acuta rheumatica circumscripta s. nodosa).

Jak sobie objaśnić związek przyczynowy między ostrym gośćcem stawowym, *resp.* mięśniowym, a zajęciem jam nosowych? I tu podobnie jak w gardle, wielce prawdopodobnem jest usadawianie się pierwotne zarazka w jamach nosowych, czemu sprzyja ta okoliczność, że, jak to wykazał Bickel[95]), tkanka gruczołowa, wielce sprzyjająca przenikaniu drobnoustrojów chorobotwórczych, rozszerza się z jamy nosogardłowej na jamy nosowe, dochodząc aż do przednich końców muszel dolnych i średnich. Istnieją również badania doświadczalne Rotha[101]), które dowodzą, że zakażenie jest możebne nawet przy całkowitej (niezmienionej) błonie śluzowej nosa.

Literatura.

1. Trousseau: Clinique médicale de l'Hôtel Dieu, 1895. — 2. Clarke: Schmidt's Jahrbücher. 1865. — 3. Ogle: Med. Times and Gaz., February 11, 1865. — 4. Heymann: Virchows Archiv, Bd. 56, 1872. — 5. Niemeyer-Seitz: Lehrbuch der spec. Path. und Th. IX. Auflage, 1879. — 6. Lagranére et Piponnier: Essay sur les angines rhumatismales et goutteuses. Thése. Paris. 1876. — 7. Boeck: Schmidts Jahrbücher, 1882. — 8. Fowler: On the Association of the affections of the throat with acute rheumatism. Lancet, 1880. II. 24. — 9. Garrod: A treatease on Rheumatism, p. 82. — 10. Laségue: Arch. generales de med., 1880. — 11. Stewart: Lancet, 1881, 4/I. — 12. Harkin: Dublin Jour., 1881, October. — 13. Loebl: Wien. Blat., 1882, 43. — 14. Laure: L'union med., 1882, 141, 3. — 15. Ollivier: dto 1884, 151. — 16. St. Clair. Thompson: Lancet 1884. May 24. — 17. Male: dto Sept. 6. — 18. Mantle: Brit. med. Jour., 1885, November — 19. Green: Quinsy and rheumatism tonsillitis and rheumatic diathesis Infectious sore threat etc. Brit. med. Jour., 1885, 26/IX — 20. Griffiths: Ibidem. 13/VI. — 21. Harg Brown: dto 3/X. — 22. Fitzmaurice: dto 17/X. - 33. Fortescue Fox: dto 28/XI. — 24. Easby: dto 5/XII. — 25. Craig: dto 1/I, 1896. — 26. Plimmer: dto 16/I. — 27. J. Brown: dto 23/I. — 28. Cameran: dto 6/II. — 29. Gubb: dto 13/III. — 30. Atkinson: Brit. med. Jour., 1885. 19/VIII. — 31. Semon: Referent powyższych prac w Int. Centr. f. Lar., 1886, p. 491. — 32. Stephanides: Prag. med. Woch., 1885, 50. — 33. Seifert: Ueber Angina lacunaris. Wien. med. Woch., 1886. 40. — 34. Lewis: Brit. med. Jour., 1888.—35. Whipham: Brit. med. Jour., 1888, 25/II. — 36. Beverley Robinson: New York med. Rec., 1880, 6/XII. — 37. Radcliffe: Jour. of Amer. med. Assoc., 1890, 12, 4. 38. Thayer: New York med. Jour., 1890, 26. 27. — 39. Ingals: w Sajons Ann. of the Univ. med. Science. — 40. Thorner: Chronic throat affections of rheumatic origen. New York med. Rec., 1889, 22/VI. — 41. Hinkel: Med. Press of Western New York, III, 7. — 42. Auche: Ann. de la policl. de Bordeaux, 1801. II, 5. — 43. Dalton: Brit. med. Jour. March. 1. — 44. Cressland: J. Centr. für Lar. Bd. IX. p. 499. — Czajkowski: Gazeta Lekarska. 19, 1891. — 46. Fiedler: Jahresber. d. Gesel. f. Nat. u. Heil., Dresden, 1890/1. 47. Bulson: J. Cent. f. Lar., 1894/5, p. 461. — 48. Sanson: Allg. wien. med. Zeit., 1893, 6. — 48. Roos: Ueber rheumatische Angina. Berl. kl. Woch., 25, 26, 1894. — 50. Leyden: Deut. med. Woch., 1894, 6/12. — 51. Buss: Ueber die Beziehungen zwischen Angina u. acutem Gelenkrheumatismus. Deut. Arch. f. klin. Med., Bd. 54. 1894.— 52. Riess: Cytowany w pracy Bussa. — 53. Suchannek: Die Beziehungen zwischen Angina und acutem Gelenkrheumatismus. Sam. zw. Abh. a. d. G. d. Nasen, Ohr. M. Heft I. 1895. — 54. Groedel: J. Cent. f. Lar., p. 485. — 55. Gouguenheim: Gaz. med., 1897.— 56. Sterling: J. Cent. f. Lar., 1896, p. 161. — 57. Freudenthal: On rhematic and allied affections of the Pharynx, Larynx and Nose. Med. Record, February 16, 1895. — 58. Peltesohn: Ueber Angina und Rheumatismus. Arch. f. Lar. J. Bd. 1, II., p. 58. — 59. M'Donnel: Brit. med. Jour., 1897, 2/I. — 60. Braislin: J. Cent. f. Lar., 1893/4, p. 294. — 61. Borchon Gaz. Hébdom. de med. 1896, 22/VI. — 61. Hofe: J. Cent. f. Lar., 1896, p. 463. — 63. Sędziak: (Dwukrotnie). Przypadek anginae ulcerosae benignae. Nowiny Lekarskie i Przegląd Lekarski, 1892 r. — 64. Staffel: J. Centr. f. Laryng.. 1896. p. 378. 65. Sędziak. Przyczynek do etiologii t. zw. angina follicularis. Nowiny Lek., 1894 — 66. Gerhardt: Verh. d. Congr. f. innere Med., 1896, 8/IV. — 67. Guttmann: Deut. med. Woch., 1886, Nr. 46. — 68. Hlava: Baumgartens Jahresberichte, 1888. — 69. Birch Hirschfeld: Verh. Congr. f. inn. Med., 1888. — 70. Stöhr: Virch. Arch., Bd. 97. — 71. Suchannek: Zieglers Beitr. zur norm. u. path. Anat. 1888. — 72. Scanes Spičer: Lancet, 1880, 27/X. p. 805. — 73. Löffler: Mitth. a. d. Kais. Ges., Bd. II, 1884. — 74. Sahli: Corespbl. f. Schw. Aerzte I, 1894. — 75. Schech: Monat f. Ohrenheil., 1883, 8. — 76. Gessenius: Deut. med. Woch., 1882, 38. — 77. Lermoyez: Les causes de paralysies recurrentielles. Bull. et revue d. l. Soc. fr. de Lar. p. 145, t. XII, cz. I. — 78. Archambault: Des manifestations laryngées aiguées du rhumalisme. These. Paris, 1886. — 79. Massei: Nevrita primaria del trunco dei ricorrente. Arch. ital. de Lar. 1889, p. 107. — 80. Laronza: Rev. de lar.. 1891, p. 398. — 84. Hutchinson: Brit. med. Jour., 1891, 18/VIII. - 82. Knight: Arch. of Laryng. IV, p. 137. — 83. Grünwald: Ueber primäre Entzündungen im und am Crico-arytänoidalgelenk. Berl. klin. Wsch., 20, 1892. — 84. Goris: J. Centr. f. Lar., 1893/4, p. 144. — 85. Compaired: Arch. inter. de lar. I. 25, 1893. — 86. Simanowsky: Wracz, 18—20, 1893. — 87. Meyer: Berl. klin. Woch., 1893, 16. — 88. Sędziak: Zapalenie stawów obrączkowonalewkowych pochodzenia reumatycznego. — 89. Uchermann: Laryngitis acuta rheumatica circumscripta (nodosa). Deut. med. Woch., 1897. 47. — 90. Goldscheider: Deut. med. Woch., 1897. 50. — Hirsch: Ibidem. 92. Sędziak: O ropnem zapaleniu migdałków podniebiennych etc., Kron. Lekar., 1898. — 93. Shaw: Guys Hosp. rep. V. XIV, p. 125. — 94. de Havy-Hall: The Lettsomian lectures on diseases of the nose and throat in relation to general medicine. Lancet, 1897, Febr. 6—27 i March. 13. 95. Bickel: Virchows Archiv. B. 97. p. 340: — 96. Wade: Brit. med. Jour., 1896, p. — 97. Monori: Boll. delle malat. della orech., 1897. III. — 98. B. Fraenkel: Berl. klin. Woch., 1886, 17—18. — 99. Lacoarret: J. Centr. f. Lar. VIII. p. 495. — 100. Goldscheider: Zeitschr. f. kl. Med., 1893, 22 B. — 101. Roth: Zeit. f. Hyg., 1888, IV, p. 151.

IV. Wyciągi.

Prof. Fränkel: **O zapobieganiu gruźlicy**. *(Berliner klin. Wochenschr.* 1899, Nr. 2). Od r. 1889 zapanowało wszechwładnie zapatrywanie Corneta, że głównym czynnikiem zakaźnym w gruźlicy są prątki w suchym pyle. wilgotna zaś plwocina, w chwili kaszlu rozpylana, większego niebezpieczeństwa nie przedstawia; C. utrzymywał mianowicie, że drogi oddechowe suchotników zachowują zawsze stopień wilgoci dostateczny, aby do nich prątki gruzlicze przylgnąć mogły i przez powietrze wydychane porwać się nie dały; wykrztuszona zaś plwocina nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa o tyle, że póki ona jest wilgotną, prątki z niej w żaden sposób w powietrze dostać się nie mogą. Do tego też dogmatu zastósowano środki zapobiegawcze, starając się zniszczyć prątki w plwocinie wydalonej przed jej wyschnięciem. Tymczasem w ostatnich latach badania Flüggego obaliły zupełnie twierdzenia Corneta, przynajmniej, o ile one dotyczą niebezpieczeństwa zakażenia w inny sposób, jak za pośrednictwem suchego pyłu. F. stwierdził mianowicie, że prątki z łatwością mnożą się w powietrzu w kroplach, na które rozpyloną zostaje plwocina przy kaszlu. Badania F. wywołały cały szereg dalszych poszukiwań, które doprowadziły do podobnych wyników. I tak Hübener stwierdził, że bakterye, znajdujące się w jamie ust, dostają się przy mówieniu w powietrze i tam się czas pewien unoszą; ztąd wzięto pochop do zaproponowania masek przy operacyach aseptycznych. Schäfer dowiódł, że trędowaci ze zmianami w ustach i połyku wyrzucają w powietrze mnóstwo prątków przy mówieniu, kichaniu i kaszlu. Latschenko w pracowni Flüggego wykazał, że silnie kaszlący suchotnicy podobnież zanieczyszczają około siebie powietrze niezliczonymi prątkami i że w ich jamie ustnej stale prątki wykazać można. Nie ulega też wątpliwości, że kropelki cieczy, zawierające prątki, dostać się mogą w powietrze nietylko z jamy ust, ale i z głębszych odcinków dróg oddechowych i z płuc. Podobne wyniki otrzymał również Weismayr (por. referat w Nrze 2 „Przeglądu“ r. b.) Sam Fränkel wreszcie wykazał, że ślina suchotników zawiera często, (chociaż nie zawsze) prątki gruźlicze, nawet jeśli niema zmian gruźliczych w krtani, — że więc większość suchotników wydziela prątki w powietrze przy zwykłem mówieniu. — Wszystkie te odkrycia oczywiście w niczem nie zmieniają dotychczas szerzonych zasad zapobiegania gruźlicy, o ile one dotyczą niszczenia odkrztuszonej w większych ilościach plwociny przed jej wyschnięciem; jednakże wskazując na wielkie niebezpieczeństwo, jakie stanowi dla otoczenia także sama osoba suchotnika, nakazują pomyśleć o odpowiedniem rozszerzeniu przepisów zapobiegawczych. W tym celu zaleca Fr., aby suchotnicy nosili na ustach zbudowaną przez niego maskę, nader podobnie urządzoną do maski chloroformowej; maska taka, jak wykazały próby, zatrzymuje wszystkie prawie prątki, wydzielane przy mówieniu i kaszlu. (Trudno uwierzyć, aby propozycya Fr. w praktyce szybko się przyjęła; to też na razie należałoby zmierzać przynajmniej do przeprowadzenia żądań Weismayra, łatwiejszych do wykonania; staranne oczyszczanie jamy ustnej u suchotników, zasłanianie ust przy mówieniu i szczególnie przy kaszlu chustką, umieszczenie spluwaczek na wysokości piersi, zamiast na ziemi i zastąpienie ich spluwaczkami ręcznemi — przyp. ref.).

C.

H. Kehr: **Wyniki 360 laparotomij, wykonanych z powodu kamyków żółciowych, ze szczególniejszem uwzględnieniem 151 operacyj, wykonanych w ostatnich dwóch latach**. *(Volkmanna: Samml. klin. Vorträge N. F. Nr. 225).* Autor, czynny w Halberstolcie, mieście liczącem niespełna 40,000 mieszkańców, zdołał w przeciągu 8 lat otworzyć jamę brzu-

szną 360 razy na 307 chorych i wykonać 503 zabiegów większych z powodu kamyków żółciowych. Statystyka ta, największa ze wszystkich niemieckich, nawet tam obudziła podziw. Chcąc rzecz streścić szczegółowo, i podać choćby to tylko, co w naszych stosunkach obudzić powinno zainteresowanie, należałoby znacznie przekroczyć ramy sprawozdania. Z konieczności zatem ograniczymy się do streszczenia punktów wytycznych.

Śmiertelność po tych operacyach zależną jest od zmian anatomo-patologicznych, stopnia schorzenia i użytej metody operacyjnej (zawisłej oczywiście od warunków poprzednio wyliczonych). K. na 360 laparotomij stracił 42 (11·7%) chorych. Gdy się jednak uwzględni, że wielu chorych zgłaszało się już w stanie rozpaczliwym i jeżeli się zważy, że w wielu razach autor był zmuszony z powodu istniejących powikłań, wywołanych poprzednio już oddawna istniejącą kamicą żółciową, dokonywać takich zabiegów jak: enterostomia, wycięcie odźwiernika, gastro-enterostomia etc., to odsetek śmiertelności bez naciągania obniży się do 3·8%. Na pytanie, kiedy chorych należy operować? Autor odpowiada: „jak najwcześniej“. Kamica żółciowa połączona z częstymi napadami kolki, z żółtaczką i odchodzeniem drobnych kamyków ze stolcem, powikłana nieżytami żołądka i jelit, lub też kamica żółciowa u ludzi otyłych, dnawych, cukrzycych, dalej z wadami serca i chorobami nerek i u ludzi w podeszłym wieku, nadaje się do leczenia środkami wewnętrznymi, lub w Karlsbadzie. Tak samo nie operuje autor w okresie ostrego uwięzgnięcia kamyka w przewodzie żółciowym. Gdy bowiem kamyk zdołał aż dotąd przywędrować, może się przedostać i dalej do dwunastnicy, a przez otwarcie woreczka żółciowego usunęlibyśmy działanie owej *vis a tergo*, która kamyki przepycha do jelita. Poza tem wszystkie inne przypadki: ropne zapalenie woreczka żółciowego z uwięzgnięciem przewlekłem kamyka w przewodzie pęcherzykowym, miesiącami utrzymujące się zamknięcie przewodu żółciowego i t. d. nadają się i powinno być chirurgicznie leczone. I tem lepiej dla chorego i łatwiej dla chirurga, im wcześniej do operacyi się przystąpi, a jest rzeczą chirurga wybierać odpowiednie przypadki, bo znaleźć się mogą i takie, gdzie i nożem się nie poradzi, jak n. p. rak rozwinięty w pęcherzyku, długo drażnionym kamykami.

Najważniejszem pytaniem, które ciśnie się na usta choremu, zdecydowanemu już na operacyę, jest to, czy nie nastąpi nawrót cierpienia? Rzeczą nie ulegającą wątpliwości, że wszelkie przypadłości ustępują bezpośrednio po operacyi; a jakkolwiek nawrotu cierpienia w ścisłem tego słowa znaczeniu autor nie spostrzegał ani razu, to przecież notuje około 6% operowanych, którzy w jakiś czas po operacyi uskarżali się na napady bólów w okolicy wątroby. Dwie najczęściej używane operacye, t. j. cystostomia i cystektomia zapobiegają nawrotom, pierwsza stwarza bardzo korzystne warunki dla wygojenia się nieżytu pęcherzyka żółciowego, a druga usuwa miejsce tworzenia się kamyków. Bóle po operacyi, bez właściwego nawrotu, zależą od zrostów pęcherzyka z sąsiedztwem, zrostów, jakie się tworzą zresztą po każdej laparotomii. To cień, który towarzyszy każdemu, choćby najwznioślejszemu, dziełu człowieka. Tylko ponowna operacya może chorego z pewnem prawdopodobieństwem uwolnić od tych cierpień, a kojąco działać możemy do pewnego stopnia, normując czas i częstość przyjmowania pokarmów. Mianowicie K. zwraca uwagę na fakt, że ilość żółci, wydzielonej np. po cystostomii, w nocy znacznie przewyższa ilość dzienną. Zjawisko to objaśnia autor w ten sposób, że żółć wylewa się przez przewód żółciowy do jelit, w miarę przyjmowania pokarmów. Pokarm bowiem, dostawszy się do dwunastnicy, podrażnia we właściwy sposób brodawkę ujścia przewodu żółciowego, która się rozwiera i przez nią żółć odpływa obficie. Gdy zatem często i w równych odstępach czasu żywić będziemy chorych w dzień i w nocy, ciągle będziemy odprowadzać żółć do jelit i tem zapobiegniemy gromadzeniu się jej w pęcherzyku, względnie po cystektomii w przewodzie wątrobowym i jego rozgałęzieniach. Ażeby tem pewniej zapobiedz nawrotom, K. bardzo chętnie, po zagojeniu się rany pooperacyjnej, wysyła swych chorych do Karlsbadu. Z tego cośmy dotychczas powiedzieli wynika dostatecznie, jak ważnem jest nie tylko rozpoznanie kamicy żółciowej w ogólności, lecz rozpoznać także należy miejsce usadowienia się kamyków i możebne powikłania, bo to w pierwszym rzędzie decyduje o potrzebie operacyi, a potem już, przed otwarciem jamy brzusznej, pozwala domyślać się jakiej użyjemy operacyi, z jakiemi trudnościami będziemy mieli do czynienia i względnie do tego będziemy rokować. Tymczasem rozpoznanie nie łatwe, zwłaszcza dla tego, który nie rozporządza rozległem własnem doświadczeniem. Już rozpoznanie samej kamicy w ogólności natrafia nierzadko na niemałe trudności: tak łatwo bowiem pomieszać to cierpienie z rakiem wątroby, przewodu żółciowego, żołądka, trzustki, z ropieniem w trzustce, z kiłą wątroby i jej marskością, gnilnem zapaleniem otrzewnej, przedziurawieniami żołądka i jelit, bąblowcem wątroby, z pewnemi cierpieniami wyrostka robaczkowego, nerek i t. p. A cóż dopiero mówić o szczegółowem rozpoznaniu samej postaci kamicy? Autor podaje takie punkta wytyczne: kamyki w pęcherzyku żółciowym bez zamknięcia przewodu pęcherzykowego, takież kamyki z przemijającem zatorowaniem tego przewodu, *cholecystitis*, *hydrops* i *empyema* pęcherzyka żółciowego, *pericholecystitis* i zrosty w otoczeniu pęcherzyka zwykle żółtaczki nie wywołują; podczas kiedy żółtaczka towarzyszy najczęściej (ale nie zawsze) ostremu i przewlekłemu zamknięciu przewodu żółciowego. Przewlekłe zamknięcie przewodu żółciowego równie dobrze spowodowanem być może przez kamień, jak i przez nowotwór. Zróżniczkowanie tych dwóch spraw jest bardzo ważne i pamiętać należy, że zwykle, jeżeli kamień zatyka przewód żółciowy, pęcherzyk bywa skurczonym, niemacalnym, żółtaczka zmienna i mierna, stolce raz szaro, raz brunatno zabarwione, kolka rozmaitego natężenia, śledziona powiększona i gorączka o torze przepuszczającym (intermittens). Przy nowotworach zaś rzuca się w oczy przedewszystkiem znaczna, ciągle się zwiększająca żółtaczka, pęcherzyk żółciowy znacznie wypełniony, napięty (autor przestrzega w ogólności przed nakłówaniem woreczka); stolce stale odbarwione; kolki, powiększenia śledziony i gorączki zwykle niema. W tym ostatnim przypadku autor gorąco odradza operacyę.

Od znalezionych stosunków anatomicznych, a po części i od wprawy chirurga, zależeć będzie rodzaj użytej operacyi. Na samym pęcherzyku możemy wykonać 1) *cystostomią* jedno- lub dwu- czasową, z częściowem wszyciem pęcherzyka w powłoki brzuszne, lub z tak zw. „Schlauchverfahren“; 2) *cystendysis* (operacya tak zw. idealna) wewnątrz i zewnątrz otrzewnowa; 3) *cystektomia* (totalis v. partialis). *Cystendysis* coraz bardziej traci kredyt, zaniechał ją nawet główny jej propagator, Czerny — i słusznie. Bo nigdy nie możemy być pewni czyśmy wszystkie kamyki wyjęli — niemniej po usunięciu kamyków nie wyleczyliśmy nieżytu pęcherzyka, zatem łatwo nastąpić może nawrót, a ryzykujemy dużo, gdyż zagięcie któregoś z przewodów powstać może łatwo, w pęcherzyku nagromadza się żółć lub inny płyn i pod nadmiernem ciśnieniem szew może puścić. Ostatnie niebezpieczeństwo usuwa częściowo metoda pozaotrzewnowa. Obecnie utrzymuje się w użyciu cystostomia (jednoczasowa) i wycięcie pęcherzyka żółciowego (Langenbuch). Autor, dawniej zwolennik pierwszej, w ostatnich czasach coraz chętniej używa drugiej, gdyż po wyjęciu woreczka całego, obawa nawrotów odpada zupełnie. Jednak przed zdecydowaniem się na tę operacyę należy upewnić się, czy niema jakowychś przeszkód, zaciskających światło przewodu wątrobowego i żółciowego wspólnego w ich przebiegu lub w trzustce (pancreatitis interstitialis). Po wycięciu pęcherzyka szczególnie troskliwie potrzeba opatrzyć pozostałą szypułę. Autor stracił jednego chorego skutkiem krwotoku, po obsunięciu się podwiązki. Inne operacye jak: *cystikotomia*, *cystikolitotrypsya*,

choledochotomia, hepatokotomia, drenowanie przewodu wątrobowego, choledocholitotrypsya, cholecyst — i — choledecho-enterostomia, cystikoentorostomia, były używane i stósowane w pojedyńczych przypadkach, jako zabiegi dodatkowe do dwóch głównych, poprzednio wyleczonych, lub kiedy nic innego nie zostawało do wyboru. W ogólności autor oświadcza się przeciw rozgniataniu kamieni uwięzgłych w przewodach, przenosząc nad nie, bardziej oszczędzające tkanki nacięcie, a przy zakładaniu przetok z dróg żółciowych do jelit zasadniczo unika guzika Murphyego, obawia się bowiem, aby ten nie wpadł właśnie do pęcherzyka l. c. p. Nadto miał K. sposobność wykonania całego szeregu operacyj niejako dodatkowych na odźwierniku i dwunastnicy z powodu zwężeń, wywołanych zrostami w obwodzie zmienionego pęcherzyka i z powodu nowotworów tych okolic. Do statystyki wlicza autor także i te operacye, jakie wykonać musiał z powodu następstw poprzednio przedsiębranych operacyj, jako to: przepuklin, zrostów w polu operacyjnem, które powodowały bóle i t. p. Jako radykalny sposób zapobieżenia owym bólom K. wykonuje i zaleca cystektomią.

Herman.

Prof. Dr. Peschel: **Nowa modyfikacya operacyi podwinięcia rzęs** (trichiasis). *(Kl. Monatsblt. f. Augenhlk. December*, 1898). Autor odpreparowuje części miękie powieki aż do tarczy powiekowej (tarsus) i samą tylko chrząstkę przypala galwanokauterem równoległe do brzegu, jednostajnie, chroniąc części miękie i cebulki włosowe rzęs. Ponieważ powstały stąd strup linijny jest aseptyczny, więc po zszyciu nad nim brzegów rany otrzymujemy rychłozrost. P. operował tym sposobem 24 przypadków. Operacya jest łatwa, łatwo dozować się daje, nie pozostawia blizny szpecącej, ochrania skórę i gruczoły Meiboma, a w kilku dniach już można chorego wypuścić z opieki.

Dr. A. Bednarski.

Saemisch: **Przypadek świerzbu rogówki** (Scabies corneae). *(Kl. Monatsblt. f. Augenhlk. December*, 1898). Autor opisuje przypadek świerzbu z jedną norą, który ze względu na swe umiejscowienie w rogówce, uważa jako unikat. Obraz chorobowy odpowiadał postaci miotełkowej zapalenia rogówki: światłowstręt, nastrzykanie okołorogówkowe podspojówkowe. Od dolnego brzegu rogówki ciągnie się pasemko naczyń powierzchownych ku środkowi, gdzie kończy się guzkiem wystającym, jasno-szarym. Źrenica nieco węższa, na światło leniwiej oddziaływa. Chory liczył lat 19, nie okazywał żadnych oznak zołzów i nigdy na oczy nie chorował. Skoro po ciepłych okładach stan nie poprawiał się, zastósowano *Ung. hydrarg. oxyd. rubr.*, poczem stan zapalny oka znacznie się pogorszył, a guzek na rogówce o tyle się zmienił, że widać teraz było szarą masę, o ruchomym wolnym końcu, choć silnie przyczepioną do podstawy. Po delikatnem jej zdjęciu pokazało się pod drobnowidem, że mamy do czynienia z okazem samicy świerzbowca, a w jej otoczeniu znajdowało się 8 jajek w różnych okresach rozwoju. Pozostała w rogówce nora, szybko się teraz zagoiła. Pochodzenie pasorzyta nie jest jasne, gdyż ani chory ani otoczenie jego nie cierpiało na świerzb. *Dr. A. Bednarski.*

Watraszewski: **O wyprysku u cierpiących na dnę.** *(All. med. Ztg.*, Nr. 77, 1898). Autor rozróżnia dwa rodzaje chorych dnawych: otyłych, skłonnych do przekrwień, a nawet wynaczynień i niedokrewnych, źle odżywionych. U pierwszej gromady rzadko spotyka się wyprysk ostry; u drugiej częściej. Zwykle wtedy, po znacznym świądzie, odczuwanym szczególnie w nocy powstają guzki wypryskowe na grzbiecie, karku, po bokach klatki piersiowej i brzucha, rzadziej na twarzy i kończynach, gdzie zazwyczaj wyprysk przybiera postać pęcherzykową. Zmiany te ustępują najczęściej szybko, a utrzymują się zwykle przywlekle wyprzania, którym towarzyszy świąd na całej powierzchni skóry. Czasami pokrzywka bywa objawem początkowym. Obok zwykłego leczenia miejscowego, przepisuje W. u otyłych stósowną dyetę: mleko, potrawy roślinne, wody mineralne, dużo ruchu, a wstrzymywanie się od napojów wyskokowych. U wynędzniałych, często cierpiących na zaburzenia przewodu pokarmowego, poleca szczawy alkaliczne: Karlsbad, Marienbad, Kissingen, Vichy, Bilin, dbanie o prawidłowy stolec, zabrania wszelkich kąpieli, a dla zmniejszenia świądu, szczególnie przy pokrzywce, podaje wilczą jagodę *(Tct. bellad.* 3—5 kropli dziennie, lub w pigułkach). Na rozpadliny, powstające często u takich chorych, stosuje *ung. diachyl. alb.* *F. K.*

Dr. Stanisław Klejn: **Pochodzenie i znaczenie eozynofilii tkanek i krwi.** *(Medycyna*, 1898, Nr. 46, 47, 48). Autor spostrzegał w r. 1893 przypadek zapalenia opłucnej z wysiękiem krwawym, w którym to przypadku, tak wysięk opłucnowy, jak i krew odznaczały się wybitną eozynofilią. W ciągu czternastu dni odsetek ciałek eozynowych we krwi wzrastał od 12·5—37·5 aż do 40·0, a równocześnie w wysięku opłucnowym pozostawał mniej więcej na jednej wysokości od 74·4 do 76·4. Do tego w wysięku obok ciałek eozynowych znajdowały się tylko same limfocyty małe. Podobne dwa przypadki ogłosił Wiliam Harmsen w Dorpacie w rozprawie, napisanej dla osiągnięcia doktoratu w roku 1894, która, jak większość dysertacyj, przeszła niepostrzeżenie, więc treść jej przytacza autor. Oba przypadki dotyczą wysięku opłucnowego krwawego, z przebiegiem bezgorączkowym. W pierwszym z tych dwu przypadków badano tylko wysięk, w którym początkowo znaleziono przeważną ilość małych limfocytów, a ciałek eozynowych 8·64%. W dalszym przebiegu po trzech dniach ciałek eozynowych było już 39%, a po następnych dwu dniach większość ciałek stanowiły małe limfocyty z ziarniną podobną do eozynowej (95%). W drugim przypadku wysięk opłucnowy składał się w przeważnej części z ciałek wielojądrzastych neutrofilowych, zaś ciałek eozynowych posiadał 7·2%; po trzech dniach jednak stosunek się odwrócił i przeważały eozynowe 90·6%. Krew posiadała 6·5% eozynowych ciałek.

Na podstawie porównania wyników i rozumowania dochodzi autor do przypuszczenia, że ciałka eozynowe w tych przypadkach powstały w jamie opłucnowej z krwi, znajdującej się tam wskutek zapalenia, czy też urazu, to jest w ten sposób, że ciałka białe wchłonęły w siebie ciałka czerwone i z tych ostatnich powstała ich ziarnina eozynowa. Następnie te ciałka białe, które wchłonęły w siebie ciałka czerwone, czyli stały się eozynowemi, przedostawszy się do krążenia krwi, dały początek eozynofilii we krwi.

W dalszym ciągu rozważywszy wogóle wszystkie dane, jakie dotychczas zdobyła nauka w sprawie eozynofilii tkanek i krwi, i roztrząsnąwszy teoryę eozynofilii, głównie podaną przez Ehrlicha (polegającą na chemotaksyi), buduje autor zupełnie odrębną i samodzielną teoryę, którą streszcza w następujących słowach:

„Obecność leukocytów eozynofilnych w ogniskach zapalnych i wogóle w tkankach chorobowo zmienionych nie jest objawem podrażnienia swoistego, lecz następstwem wylewów krwi albo imbibicyi tkanek mniej lub więcej przeistoczoną hemoglobiną. Leukocyty te, zawdzięczające swe istnienie wyłącznie hemoglobinie, nie stanowią jakichś nowych tworów, których przed wylewem nie było w ustroju, lecz zwykłe leukocyty, prawdopodobnie neutrofilne, które wchłonąwszy w siebie krążki, ewentualnie hemoglobinę, pozyskały zamiast dawniejszych ziaren nowe. Terenem dla tej sprawy są wyłącznie tkanki i bardzo prawdopodobnie w niektórych przypadkach wytwory zapalne. Eozynofilia miejscowa, co do lokalizacyi, nie jest ograniczona żadnemi prawami; wszędzie, gdzie krew przepływa i może wyjść z naczyń, tam może powstać eozynofilia. Z tego terenu mogą leukocyty eozynofilne przechodzić do krwi, powodując w niej nagromadzenie większej ilości tych komórek. Eozynofilia więc krwi jest zawsze wtórna.

„Sama sprawa eozynofilii, w ten sposób pojmowana, nie jest zjawiskiem patologicznem, lecz następstwem czysto fizyologicznej funkcyi leukocytów. Funkcya ta leukocytów powoduje także obecność pewnej wahającej się często ilości

„leukocytów eozynofilnych w tkankach prawidłowych wogóle, „a w krwi i szpiku kostnym w szczególności.

„Rozpoznawczego znaczenia zatem komórki eozynofilne, „jakie im nadawano dotychczas, nie mają; w pewnym je„dnak kierunku nie utraciły one tego znaczenia, gdyż, zja„wiając się w szczególnie wybitnej ilości w sprawach, prze„biegających z wylewami, wprost na ich obecność wskazują „i do szukania przyczyny zniewalają".

Dr. St Eljasz-Radzikowski.

Dr. Winkelmann: **Nowy sposób doszczętnego leczenia wodniaka jąder.** *(Ctrbl. f. Chir.*, 1898, 44). Po miejscowem znieczuleniu linii cięcia, przecina. Wszystkie warstwy ścian moszen aż do osłony jądra właściwej (tunica vaginalis testis propria). W tej, u górnego bieguna wodniaka, robi szczelinę 3—4 ctm. długą, podłużną, wypuszcza płyn i przez nią wydobywa jądro, skutkiem czego cały worek wodniaka zostaje zupełnie wynicowanym. Szczelinę w osłonce jądra właściwej zmniejsza o tyle, aby jądro nie mogło napowrót przez nią do worka się wśliznąć, i ponad jądrem zeszywa wszystkie, poprzednio przecięte, warstwy. Gojenie trwa zaledwie kilka dni. *Herman.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.*

Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Natrium hyposulfurosum purissimum $Na_2S_2O_3 + 5H_2O$. Bezbarwne kryształy, rozpuszczające się łatwo w wodzie. Sól ta, używana dotąd jako odczynnik na jod, oraz jako przetwór przeciwgnilny i odwaniający, znajduje zastósowanie, dzięki badaniom Dumasa, jako skuteczny lek w przewlekłym nieżycie oskrzeli, połączonym z cuchnącą wydzieliną, także w zgorzeli płuc. Przekroczenie dawki dziennej 15.0 powoduje biegunkę. Nie należy go też podawać osobom, skłonnym do krwotoków, a więc posiadającym rozległe już jamy w płucach. Środek ten zapisuje się:

Rp.: Natrii subsulfurosi 10.0
Laudani liquidi gtt. VI.
Aq. dest. 180.00.
Ds. Wyżyć w ciągu dnia.
Zażywać trzeba przez czas dłuższy.

Orexinum tannicum. Połączenie garbnika z *orexinum* (dihydrophenylchinasolinum) przedstawia się jako proszek żółtawobiały, bez smaku i bez zapachu, w wodzie nierozpuszczalny, rozpuszczalny zaś w rozcieńczonych kwasach, szczególnie w kwasie solnym. Działanie oreksyny, znane już i ogłaszane przez Penzoldta i innych, jako *stomachicum*, acz skuteczne, nie mogło jej rozpowszechnić ze względu na ostry smak i pieczenie w ustach, które się uczuwa po zażyciu tego środka.

Zupełnie jednak odpowiedniem połączeniem jest *orexinum tannicum.* F. Steiner podaje, że otrzymywał dobre wyniki, posługując się tym środkiem w okresie ozdrawiania po chorobach zakaźnych, w błednicy i niedokrwistości, niedomodze nerwowej i niedomodze ruchowej żołądka, także w stanach wycieńczenia. Szczególniej skutecznym okazał się ten lek w początkach gruźlicy u dzieci (Pneumonia chr.) i w zołzach, gdzie jeszcze gruzełków w gruczołach niema.

Dzieciom zapisuje się:

Rp.: Orexini tannici 0.5
Dent. tal. doses Nr. X.
S.: Na 2 godziny przed obiadem i przed kolacyą zażyć po proszku.

Można także używać tabletek czekoladowych (aa). Po pięciu dniach zażywania należy podawanie przerwać i, jeśli łaknienie się nie zwiększa, stósować leczenie dalsze w ciągu dni dziesięciu.

Organoterapeutyczne i opoteraupetyczne przetwory.

Przetwory lecznicze otrzymywane wprost z tkanek ustroju zwierzęcego przez suszenie, sproszkowanie i t. d. zowią się organicznymi, a leczenie nimi organoterapią.

Jeżeli zaś zmienimy je przez dodanie chlorku sodu w ten sposób, że jedna część przetworu odpowiada 10 częściom świeżej odpowiedniej tkanki organicznej, to leczenie nimi nazwiemy opoteterapią (ὀπός — sok).

α. Preparaty organiczne sproszkowane i odtłuszczone.

Extractum Corporis ciliaris liquidum. Jest to płynny wyciąg z ciałka rzęskowego wołów, z małą domieszką resorcyny. Według L. Dora ciałko rzęskowe ma zadanie filtrowania surowicy krwi, i z tego to powodu ciecz wodna (humor aquaeus) zupełnie nie zawiera białka. W pewnych jednak razach (ophthalmia sympathica), gdy filtrowanie to niedomaga, wstrzykiwanie pod spojówkę i wkraplanie *extr. corp. cil.* stan oka znacznie poprawia. Zakrapla się co 2 godziny jedną kroplę roztworu.

Glandulae bronchiales siccatae. Preparat z gruczołów oskrzelowych owiec i skopów.

Hildebrandt próbował podawać ten przetwór w przypadkach gruźlicy, w nadziei, że wzmocni on naturalną czynność, raczej ułatwi zadanie gruczołom chorego ustroju, broniącym drogi oddechowe przed wtargnięciem prątków. Skutek jednak nie był zachęcającym.

Dr. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia pełnej Izby lekarskiej z dnia 17 grudnia 1898.

Obecni: Przewodniczący: Prezydent Dr. Józef Łazarski. Członkowie: Dr. Bossowski, Dietzius, Gawlik, Kijas, Jabłoński, Ponikło, Wain, Walczyński, Trzebicky.

Prezydent zawiadamia, że z okazyi śmierci cesarzowej Elżbiety złożył imieniem Izby kondolencyę w miejscu właściwem, co Izba przyjęła do wiadomości.

Prezydent poświęca kilka słów zmarłym kolegom, których pamięć uczczono przez powstanie.

Przewodniczący przedstawia uchwały IV wiecu Izb lekarskich we Lwowie:

1) Uchwalono wysłać wspólny adres wszystkich Izb lekarskich z hołdem do Najjaśniejszego Pana z powodu 50-letniego jubileuszu. Przewodniczący zwraca jednak uwagę, że taki wspólny adres nie został wysłany. Natomiast obie Izby lekarskie w kraju — wschodnio i zachodnio galicyjska wręczyły dnia 2 grudnia b. r. przez swych przewodniczących adres z hołdem dla Monarchy na ręce pana Namiestnika.

2) Uchwalono przesłać memorandum na ręce Pana Prezydenta Ministrów, w sprawie ogólnych potrzeb stanu lekarskiego, jako też i w sprawie załatwienia podań Izb lekarskich, wniesionych do c. k. władz.

3) W sprawie zmiany ustawy o Izbach lekarskich uchwalono wszystkie wnioski przedstawić komitetowi wybranemu z Izb Lwowskiej, Wiedeńskiej i Dolno-Austryackiej.

4) W sprawie kas chorych uchwalono wnieść podania do Ministerstwa te same, które uchwalone zostały na wiecu Izb lekarskich w Wiedniu.

5) Sprawę honoraryum lekarskiego uchwalono przedłożyć na V-tym wiecu Izb lekarskich.

6) Sprawę partactwa lekarskiego omawiano wyczerpująco na wiecu i uchwalono wydać spis partaczy lekarskich (czyli kataster) w poszczególnych krajach koronnych.

7) Uchwalono dążyć do poprawienia stanowiska lekarzy kolejowych.

8) W sprawie przymusu zawodowego (Berufszwang) oświadczył się wiec w zasadzie przeciw przymusowi zawodowemu.

9) W sprawie jednostajnego ściągania należytości na rzecz Izb od lekarzy zmieniających miejsce pobytu jako też i sprawę wydania wspólnej etyki, obowiązującej wszystkie Izby lekarskie — przekazano następnemu wiecowi, który odbędzie się w roku 1899 w Baden.

Izba zatwierdza uchwały wiecu z wyjątkiem uchwały w punkcie 6-tym podanej.

Do uchwały wiecu w punkcie 6 tym wymienionej zabiera głos kolega Dr. Trzebicky i uważa donoszenie ze strony lekarza o partactwie jako niegodne stanu lekarskiego. Kol. Dr. Jabłoński przypuszcza, że przez zaprowadzenie takiej księgi z ewidencyą partaczy, kolegom nic się nie pomoże, a Izba lekarska w opinii dużo straci.

Kol. Dr. Kijas jest zdania, że kataster taki jest niemożebny; przemawia jednak, aby oficyny chirurgiczne na małych miasteczkach więcej były doglądane i aby stały pod wyłączną kontrolą lekarza, dla tego wnosi, aby Izba lekar. wystarała się, aby wszędzie tam, gdzie istnieje taka oficyna, lekarz tamtejszy miał na nią koncesyę i dozorował prowadzącego tę oficynę, a przez to uniknie się partactwa lekarskiego.

Kol. Dr. Ponikło jest zdania tego samego co Dr. Jabłoński i radzi zaczekać aż do uchwalenia nowego kodeksu karnego; co do kontroli nad oficynami chirurgicznemi to twierdzi, że najodpowiedniej sprawować ją może lekarz powiatowy, a stanowczo sprzeciwia się wnioskowi Dr. Kijasa. Kol. Dr. Trzebicky i Jabłoński również sprzeciwiają się wnioskowi Dra Kijasa i są zdania, że sprawa oficyn chirurgicznych należy do fizyka powiatowego.

Przewodniczący zauważa, że myśl Dra Kijasa może jest praktyczna, ale niewykonalna.

Po zamknięciu dyskusyi uchwaliła Izba niewprowadzać katastru partaczy lekarskich.

Dr. Ponikło zdaje sprawę z uchwał ogólnego wiecu lekarzy, należących do Izby: 1) omawiając rzecz o kasach pensyjnych i zaopatrzenia, objaśnia, iż ustanowienie kasy pensyjnej w zasadzie jest łatwe, lecz wymagałoby bardzo wysokiej wkładki, znacznie wyższej niż w zwykłych Towarzystwach ubezpieczeń — zaprowadzając zaś kasy z zaopatrzeniem fakultatywnem t. j. tylko dla kolegów więcej potrzebujących, możnaby wprawdzie wyznaczyć wkładkę niższą, lecz nie byłaby to w ścisłem słowa znaczeniu kasa pensyjna; sądzi tedy, że trudno kolegom proponować kasy na tak ciężkich warunkach; sądzi, że nawet podwyższenie wkładki rocznej do 12 złr. — natrafi na znaczne trudności, gdyż ściąganie dotychczasowej wkładki w kwocie 6 złr. idzie bardzo opieszale i opornie. Również nałożenie opłaty od recept celem pomnożenia funduszu zapomogowego n. p. w wysokości jednego centa wydałoby wprawdzie kwotę pokaźną, lecz w wykonaniu w naszych specyalnych stosunkach napotka na wielkie trudności, dla tego czyni wniosek: Izba uchwali rozpisać do wszystkich lekarzy okólnik, wyjaśniający dotychczasowe usiłowania Izby i trudności, jakie napotkała tutejsza Izba, również jak wszystkie inne Izby, w ustanowieniu kasy pensyjnej i zapraszający do subskrybowania dowolnych rocznych wkładek na fundusz zaopatrzenia; fundusz ztąd uzyskany wraz z ewentualnemi darami i legatami w przyszłości stałby się zwiększeniem kasy pensyjnej i podstawą do dalszego działania.

Izba nie przychyla się do wniosku Dra Ponikły, lecz uchwala pozostać tymczasowo przy dotychczasowej wkładce i zaniechać wysyłania okólnika.

2) Co do kas chorych, to wobec uchwały, jaka zapadła na wiecu Izb, sprawa staje się na razie bezprzedmiotowa.

3) Wniosek Dra Rosbergera co do wyjednania mandatu poselskiego dla Izb, nadzwyczaj nęcący, natrafi jednak, zdaniem referenta, wobec prądu nieprzychylnego mandatom poselskim, zastępującym specyalne interesa stanów i zawodów, na trudności, będzie w obecnych stosunkach niemożebny do urzeczywistnienia; pozostawia to jednak Izbie do ocenienia.

4) Wnioski Dra Droby:

a) Co do wykupna aptek, dotyczy sprawy nienależącej do kompetencyi Izb. b) Co do szpitali okręgowych, sprawę tę rozpatrzył już Wydział krajowy i odpowiednie wnioski przedłoży Sejmowi na najbliższej sesyi.

W dyskusyi nad powyższymi wnioskami kol. Dr. Dietzius jest zdania, że ad 1) proponowany cyrkularz będzie najprawdopodobniej bezowocny, również sprzeciwia się opodatkowaniu recept, a co do zaopatrzenia drogą asekuracyi przymusowej, uważa to za rzecz niemożliwą, jedynie ze względów finansowych.

Kol. Dr. Jabłoński interpeluje Prezesa, czy przy studyach nad zaopatrzeniem lekarzy brano pod rozwagę statut i urządzenia Towarzystwa oficyalistów prywatnych.

Przewodniczący wyjaśnia, że w czasie, kiedy Izba zajmowała się sprawą asekuracyi, również i Towarzystwo oficyalistów prywatnych miano na oku, okazało się jednak, że Towarzystwo to za wzór nie może służyć, w końcu twierdzi stanowczo, że asekuracyi ogólnej, przymusowej, na razie bezwarunkowo wprowadzić nie można.

Gdy więcej nikt głosu nie zabierał Izba uchwaliła: Nad wnioskami ad 2) i 3) przejść do porządku dziennego, również nad wnioskami ad 4) z tem, że sprawa ta nie należy do kompetencyi Izby.

Przyjęto do wiadomości sprawozdanie kasowe za rok 1898 i uchwalono pobierać od członków tytułem opłaty na rzecz Izby w r. 1899 kwotę 6 złr., a to 4 złr. na potrzeby Izby, a 2 złr. na doraźne zapomogi. Do komisyi kontrolującej rachunki i zestawienia kasowe za rok 1898 wybrano kol. Dr. Gawlika i Dietziusa.

Przyjęto do wiadomości sprawozdanie z czynności Wydziału Izby i Rady honorowej za r. 1898.

Przewodniczący zapytuje, czy sprawozdanie Izby lekarskiej za rok 1898 ma być drukowane tak, jak dotąd, czy też, jak niektórzy koledzy się domagają, obszerniej z przytoczeniem referatów. Uchwalono drukować sprawozdanie za r. 1898 tak, jak dotąd w skróceniu.

Kolega Dietzius zapytuje przewodniczącego, co zamierza zarządzić w obec znacznych zaległości kolegów z wkładkami na rzecz Izby.

Przewodniczący oświadcza, że oczekuje w tym kierunku uchwały pełnej Izby. Następnie uchwalono wezwać kolegów do nadesłania zaległych wkładek, w przeciwnym razie ściągnąć opłaty w drodze politycznej egzekucyi.

Ze sprawozdania przewodniczącego z czynności Wydziału Izby i Rady honorowej wynika, że Wydział odbył w roku 1898 12 posiedzeń, na których uwolniono od opłaty na rzecz Izby 29 kolegów.

Udzielono zapomogi czterem lekarzom i 9-iu wdowom po lekarzach w łącznej kwocie 1150 złr.

Sprawę nieprawnego ogłaszania o leczeniu zapomocą masażu p. B R. odstąpiono Magistratowi krakowskiemu.

Rozpatrywano życzenie Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej zwołania jednego wspólnego wiecu lekarzy, należących do obu Izb w kraju, i uchwalono w myśl ustawy zwołać do Krakowa osobny wiec lekarzy, należących do Izby lek. zachodnio-galicyjskiej.

Rozpatrywano sprawę przesyłania protokołów posiedzeń Wydziału i Rady honorowej do c. k. Namiestnictwa, jako też, czy uchwalone przez Izbę lek. zasady postępowania lekarzy w obec siebie i publiczności mają być przedłożone Ministerstwu do zatwierdzenia. Wydział Izby uchwalił nie przesyłać protokołów c. k. Namiestnictwu, jako też i nie przedkładać Ministerstwu do zatwierdzenia zasad etyki.

Rozpatrywano zażalenie grona tutejszych lekarzy, że niektórzy z kolegów używają do pomocy swej niepowołanych do tego ludzi. Wydział Izby uchwalił jednomyślnie: „Używanie nielekarzy do czynności czysto lekarskich uznaje się za niewłaściwe, interesom stanu lekarskiego szkodliwe, zresztą nielegalne. W każdym poszczególnym przypadku Wydział Izby wdroży śledztwo przeciw tym kolegom, którzy do czynności lekarskich używają osób nieuprawnionych“.

Rozpatrywano reskrypt nadesłany przez c. k. Namiestnictwo w sprawie wykonywania praktyki dentystycznej i techników dentystycznych. W odpowiedzi udzielonej c. k. Namiestnictwu Wydział Izby oświadczył się 1) za utworzeniem instytutu dentystycznego w każdym Uniwersytecie.

W instytutach tych należy udzielać nauki nie tylko w kierunku dentystyczno-lekarskim, ale i w kierunku technicznym. Samo się przez się rozumie, że nauczanie w obu tych kierunkach winno spoczywać w rękach lekarza. 2) Z chwilą otwarcia szkoły dentystycznej nie należy na przyszłość udzielać koncesyj dla techników dentystycznych. 3) Należy zaostrzyć rozporządzenia zabraniające wykonywania czynności lekarsko-dentystycznych w pracowniach dentystyczno-technicznych, 4) Utrzymywanie w pracowni techników dentystycznych przyrządów dentystyczno-lekarskich, jak kleszczy, świdrów z nasadą itp. lekarstw, przyrządów do narkozy i znieczulania miejscowego, winno być surowo wzbronionem 5) Należy lekarzom surowo zakazać udzielania firmy technikom dentystycznym.

Uchwalono jednomyślnie złożyć podziękowanie prof. Drowi Jordanowi za dzielną obronę stanu lekarskiego w Sejmie. W myśl uchwały pełnej Izby oznaczono termin zwołania wiecu lekarzy należących do Izby na 14. maja 1898.

Nadesłana przez Prezydyum Towarzystwa lekarskiego krakowskiego etyka lekarska, była również przedmiotem obszernej dyskusyi na posiedzeniach Wydziału.

Również zastanawiał się Wydział nad unormowaniem płac lekarzy na posadach stałych i wypracował projekt zasad wynagradzania lekarzy, który w myśl uchwały pełnej Izby przedłożony został wszystkim Izbom lek. w Austryi jako też i na ostatnim wiecu we Lwowie.

Rada honorowa odbyła w r. 1898 11 posiedzeń, na których rozpatrywano rozmaite zażalenia kolegów, a w jednym przypadku zażalenie korporacyi przeciw jednemu z kolegów. Również zajmowała się Rada honorowa ogłoszeniami kolegów w gazetach, jako też zapomocą plakatów. Nie wszystkie sprawy honorowe zostały ostatecznie załatwione i dotąd pozostają w toku badań przez Radę honorową.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 19 stycznia 1899 r.

— Z powodu obłożnej choroby Dra Kwaśnickiego, zastępować go będzie na razie w redakcyi »Przeglądu lek.« Doc. Dr. Ciechanowski (Karmelicka 25).

— We środę d. 18 b. m. odbyło się posiedzenie administracyjne Tow. lek. krak., poświęcone w całości sprawozdaniom z czynności Komitetu i Komisyi Towarzystwa za rok 1898.

— Dzienniki donoszą: Wydział krajowy przeniósł dyrektora szpitala powszechnego we Lwowie, Dra Bolesława Głowackiego, na własną jego prośbę w stan spoczynku. Zastępuje go tymczasowo Dr Czyżewicz.

— W Łodzi wyszedł z pod prasy pierwszy numer miesięcznika pod tytułem »Czasopismo lekarskie«, redagowanego przez Dra S. Sterlinga, a wydawanego przez Dra J. Kohńskiego przy udziale nader licznego grona lekarzy, wśród których spotyka się przeważnie — a podnosimy to jako znamienną i zarazem dodatnią cechę »Czasopisma« — nazwiska lekarzy prowincyonalnych. W programie nowego miesięcznika czytamy: »Z roku na rok pomnaża się liczba lekarzy prowincyonalnych, a równomiernie z tem wzrasta znaczenie ich potrzeb, poniekąd obcych lekarzom stołecznym. Brak instytucyi, mającej na względzie te mianowicie odrębne potrzeby, brak zjednoczenia, ułatwiającego pracę przez czynnik wzajemnej pomocy i wspólnej działalności, brak wreszcie możności porozumiewania się w kwestyach zadań dnia powszedniego — już same przez się uprawniają powstanie nowego pisma. Gdy bowiem luka w tej mierze odczuwana znajduje gdzieindziej zaspokojenie w stałych organizacyach lekarskich, które skupiają jednostki, rozrzucone po prowincyi, wyrabiają dla nich pewien jednolity kierunek pracy, systematyzują ich dążenia naukowe i społeczne, my nie możemy w danej chwili zdobyć się na podobne urządzenia, my musimy, jak i w innych dziedzinach życia, zastąpić je słowem drukowanem«. Wymowne te słowa zdołałyby przekonać nawet bezwzględnych przeciwników wzrostu naszej prasy lekarskiej, jeżeli tacy istnieją. O ile jednak rozpraszanie działających już dość nielicznych naszych sił piśmienniczych może być szkodliwem, o tyle wciągnięcie do pracy rąk świeżych i uprawa pola, dotąd nieco odłogiem leżącego, za zasługę tylko poczytaną być musi. A pod tym względem nowe pismo jasno określa swe zadania; gdyż »chce właśnie stać się organem lekarzy osiadłych śród ludności pracującej fizycznie; zarazem — rzecznikiem potrzeb bytowych lekarzy prowincyonalnych wogóle... Ponieważ zaś żadne z istniejących pism lekarskich nie może, ze względu na wymagania większości swych czytelników, poświęcić jakiegoś stałego działu n. p. medycynie fabrycznej lub higienie prowincyi — skupienie sił pracujących na tem polu będzie jednem z ważniejszych zadań »Czasopisma««. Wreszcie zauważa program »Czasopisma«, że »wychodzące obecnie pisma lekarskie polskie podobne są do tych wydawnictw zagranicznych, które znamy jako poważne organa nauki i sztuki lekarskiej. Wszakże obok tych wydawnictw istnieje gdzieindziej — prasa lekarska prowincyonalna, szerszemu kołu czytelników prawie nieznana, nie mniej oddająca lekarzom i społeczeństwu znaczne usługi«. Określiwszy tak ściśle granice swej działalności, »Czasopismo« przestrzega ich w wykonaniu, jak tego dowodzi miesięczny okres ukazywania się i niska cena (3 Rbs. rocznie) z jednej, a treść pierwszego poszytu z drugiej strony. Oprócz słowa wstępnego znajdują się tu prace oryginalne Drów Troczewskiego i Wieczorkiewicza, dotyczące ściśle zagadnień praktycznych, zbliska obchodzących lekarzy prowincyonalnych, dalej pracowite badania Dra L. Rutkowskiego z zakresu higieny ludowej, plan zjazdów lekarzy fabrycznych, podany przez Dra Peltyna; następują sprawozdania z ruchu i stanu Towarzystw lekarskich prowincyonalnych: w Kaliszu, Lublinie, Łodzi, korespondencya Dra Talki w sprawie wędrownych oddziałów okulistycznych, kilka streszczeń i kronika. Nowe czasopismo przedstawia się jednem słowem poważnie i nader sympatycznie, życzymy mu też szczerze powodzenia i uznania, na jakie zasługuje.

— Zmarli: Dr. Gluge, niegdyś profesor wszechnicy w Brukseli, znany z prac w zakresie anatomii patologicznej. Dr. Kanthack, profesor patologii w Cambridge. Dr. Ernest Gurlt, znany chirurg, jeden z wybitniejszych profesorów berlińskich, w 74 roku życia. Dr. William Jenner, jeden z najsłynniejszych lekarzy londyńskich, wieloletni profesor w »University College-Hospital«, odznaczony wielu zaszczytami i godnościami, w 83 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie lekarskiej* Nr. 2: Dra Rzętkowskiego: Przypadek ostrego surowiczego zapalenia opon mózgowych. Dra Troczewskiego A.: Przypadek rozdarcia cewki moczowej wskutek urazu. Dra Pawińskiego J.: O samopomocy organizmu w dusznicy bolesnej (c. d.). W *Medycynie* Nr. 2: Dra Kopczyńskiego St.: Bezład dziedziczny, czyli choroba Friedreicha (ciąg dalszy). Dra Leśniowskiego: Obrażenia przewodu piersiowego. W *Czasopiśmie Lekarskiem* (Łódź) Nr. 1: Dra Troczewskiego J.: Przyczynek do doszczętnego leczenia przepuklin pachwinowych podług sposobu Bassiniego. Dra Wieczorkiewicza B.: Przypadek posocznicy wskutek baniek ciętych. Dra Rutkowskiego L.: Czy kartofle stanowią główną część pożywienia ludu? Dra Peltyna: O zjazdach lekarzy fabrycznych. W *Zdrowiu* Nr. 1: Dra Polaka J.: Poszukiwania nad brukiem drewnianym. Dra Rosenthala H.: Tyfus brzuszny w szpitalu fundacyi Poznańskich w Łodzi w roku 1897.

Redakcya otrzymała:

— Majewski A.: Przypadek złamania kręgosłupa. Odbitka z »Gazety lekarskiej«.

Na tablicę pamiątkową dla ś. p. prof. Alfreda Obalińskiego wpłynęły do dnia 15 stycznia 1899 roku następujące datki: Dr. Choróbski z Podhajec 5 złr.; Dr. Doc. St. Ciechanowski 3 złr.; Dr. X. Gorski 5 złr.; Dr. F. Hernich z Rudnika 3 złr.; Dr. M. Kramarzyński z Dąbrowy 2 złr.; WP. Jan Stawowski z Krzeszowic 2 złr.; Dr. St. Steiner c. k. fizyk sanitarny w Wieliczce 2 złr.; Dr. Woszczyński z Kulparkowa 2 złr. — **razem z poprzednimi złr. 231 w. a.**

Dr. M. Rutkowski,
(Kraków, klinika chirurgiczna).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURS.

Na posadę II-go sekundaryusza w miejskim powsz. szpitalu w Morawskiej Ostrawie, na jeden rok prowizorycznie. — Roczne 600 złr., mieszkanie, oświetlenie i opał. — Podania, w których wyraźnie musi być wymienione, że patent pozostanie przez rok w szpitalu i że w razie objęcia posady zrzeka się prywatnej praktyki, wnosić do Magistratu Moraw. Ostrawy. Objęcie posady najdalej 1 lutego b. r.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.